

Katrianna Koski

ELEKTIIVISTEN LONKKALEIKKAUSPOTILAI-
DEN
KOKEMUKSIA PREOPERATIIVISESTA OHJAUKSESTA JA
NEUVONNASTA PORIN KAUPUNGINSAIRAALASSA

Hoitotyön koulutusohjelma
2013

ELEKTIIVISTEN LONKKALEIKKAUPOTILAJEN KOKEMUKSIA PREOPERATIIVISESTA OHJAUksesta JA NEUVONNASTA PORIN KAUPUNGINSAIRAALASSA

Koski, Katrianna
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Huhtikuu 2013
Ohjaaja: Flinck, Marja
Sivumäärä: 44
Liitteitä: 3

Asiasanat: elektiivinen lonkkaleikkaus, preoperatiivinen hoito, ohjaus ja neuvonta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää miten preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta tukivat lonkkaleikkauspotilaiden kuntoutumista, sekä selvittää ilmenikö elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden ohjauksessa ja neuvonnassa kehittämistarpeita.

Tutkimuksen lähestymistapa oli pääosin kvantitatiivinen, tutkimusaineisto kerättiin tätä tarkoitusta varten laaditulla, pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomakkeessa oli 37 strukturoitua kysymystä ja yksi avoin kysymys. Lomake lähetettiin 59 potilaalle, jotka olivat olleen elektiivisessä lonkkaleikkauksessa Porin kaupunginsairaalassa tammikuun 2010 - tammikuun 2013 aikana. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisesti, sekä sisällönanalyysiä apuna käyttäen.

Tutkimustulosten mukaan elektiiviset lonkkaleikkauspotilaat kokivat preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan Porin kaupunginsairaalassa hyväksi, mutta kehittämistarpeitakin ilmeni. Kehittämistarpeita ilmeni potilaan yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa. Vastaajat kokivat yleisesti ottaen saaneensa tietoa riittävästi, mutta kaipa-sivat kuitenkin lisätietoa joiltakin osa-alueilta. Tutkimustulosten mukaan preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta Porin kaupunginsairaalassa ovat parantuneet huomattavasti leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin käyttöönoton myötä. Leikkaukseen valmistava hoitokäynti otettiin käyttöön vuoden 2011 puolivälissä. Tutkimustulosten mukaan leikkaukseen valmistava hoitokäynti tuki potilaan tiedonsaantia ja näin samalla kuntoutumista.

Tulevaisuudessa voisi olla hyvä tutkia mitä nämä potilaiden henkilökohtaiset tarpeet ovat joihin he kaipaavat lisää preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa. Lisäksi voisi olla hyvä kehittää kyselylomake, jonka avulla elektiivisen lonkkaleikkauspotilaan preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan tarvetta voitaisiin kartoittaa. Hyödyntäen kyselylomaketta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin.

ELECTIVE HIP SURGERY PATIENTS' EXPERIENCES OF PREOPERATIVE COUNSELING IN PORI CITY HOSPITAL

Koski, Katrianna
Satakunta University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing
April 2013
Supervisor: Flinck, Marja
Number of pages: 44
Appendices: 3

Keywords: elective hip surgery, preoperative treatment, counseling and guidance

The purpose of this thesis was to determine the outcomes of elective hip surgery patients' experiences of preoperative guidance and counseling in the Pori City Hospital. The aim of this thesis was to find out how pre-operative counseling and guidance support patients' rehabilitation. The aim was also find out did the counseling had any developments.

The thesis was mainly quantitative. The research material was collected for this purpose devised, mainly structured questionnaire. The questionnaire had 37 structured questions and one open question. The questionnaire was sent to 59 elective hip surgery patients who had had surgery during January 2010 – January 2013. Research material was analyzed statistically, content analysis was also used.

The results showed that elective hip surgery patients' experiences of preoperative guidance and counseling were good in the Pori City Hospital, but a few development needs was also found. Development needs in preoperative guidance and counseling, that were found, were responding to individual needs. The respondents felt overall that they had received enough information. However, more information was needed from some subject areas. The results showed that pre-operative counseling and guidance in Pori City Hospital were improved significantly after preparatory care visit. Preparatory care visit was introduced in mid-2011. The results showed also that patients' were informed better after preparatory care visit.

In future, might be good to investigate what are those patients' individual needs, where they want to get more pre-operative counseling and guidance. It might be good also to develop some kind of questionnaire for identify elective hip patients' guidance and counseling needs. With that questionnaire, patients' individual needs could be answered better.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET...	7
3	ELEKTIIVINEN LONKKALEIKKAUS	8
3.1	Lonkan nivelrikko.....	10
3.2	Lonkan nivelrikon oireet.....	11
3.3	Nivelrikon konservatiivinen hoito ja lääkehoito.....	11
4	PREOPERATIIVINEN HOITO.....	12
4.1	Preoperatiivisen hoidon tavoitteet.....	13
4.2	Ohjaus ja neuvonta.....	14
4.3	Leikkaukseen valmistava hoitokäynti.....	15
4.4	Leikkaukseen valmistava hoitokäynti Porin kaupunginsairaalassa	15
5	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	17
5.1	Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu	17
5.2	Tutkimusaineiston analysointi	19
6	TUTKIMUSTULOKSET.....	20
6.1	Vastanneiden sukupuoli- ja ikäjakaumat	20
6.2	Vastanneiden kotiaivot ennen leikkausta.....	22
6.3	Leikkaushistoria ja sen vaikutus ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen.....	22
6.4	Sairaalassaoloaika	24
6.5	Lonkkaleikkaukseen valmistava hoitokäynti	26
6.6	Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa.....	27
6.7	Preoperatiivisen tiedonsaannin sisältö ja riittävyys kuntoutumisen kannalta...	28
6.7.1	Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden vastaajien kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä	29
6.7.2	Vastaajien, jotka eivät käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä	31
6.8	Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden ajatuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa	32
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS.....	33
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	33
7.2	Tutkimuksen eettisyys	35
8	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	36

8.1	Otoksen kuvaus ja edustavuus	36
8.2	Sairaalassaoloaika	37
8.3	Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa	37
8.4	Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia leikkaukseen valmistavasta hoitokäynnistä Porin kaupunginsairaalassa	39
8.5	Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus	39
	8.5.1 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus sairaalassaoloaikaan	40
	8.5.2 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus potilaan kokemukseen yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta	40
	8.5.3 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus potilaan kokemukseen preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta	41
8.6	Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan kehittämistarpeet Porin kaupunginsairaalassa.....	41
8.7	Jatkotutkimusehdotukset.....	43
LÄHTEET		44
LIITTEET		

1 JOHDANTO

Suomessa tehdään vuosittain hieman alle 10 000 lonkan tekonivelleikkausta. Leikkauksia tehdään Suomessa noin 60:ssä eri sairaalassa. Tärkein syy leikkaukselle on nivelrikon aiheuttama kipu, joka häiritsee merkittäväällä tavalla potilaan jokapäiväistä elämää. (Vainikainen 2012, 32) Vuonna 2009 lonkan primaarileikkauksia, eli leikkauksia, joissa niveleen asetetaan proteesi ensimmäisen kerran, tehtiin 9650 kappaletta. Lonkkaleikkausten määrä on kasvanut melko tasaisesti vuodesta 1990, jolloin leikkauksia tehtiin noin 4000, vuoteen 2005 asti, jonka jälkeen leikkausten määrä on vakiintunut noin 9000 leikkaukseen vuodessa. (Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2009, 1-2)

Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa kirurgisen potilaan leikkausta edeltävää hoitoa. Preoperatiivinen vaihe alkaa lääkärin tehtyä leikkauspäätöksen ja päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarinen 2006, 460) Keskeistä preoperatiivisessa hoitovaiheessa on potilaan ohjaus. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 20) Laadukkaan ohjauksen on havaittu edistävän potilaan terveyttä. Ohjaus edistää muun muassa potilaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa sekä kotona selviytymistä. Ohjauksen on myös todettu parantavan potilaan mielialaa vähentämällä ahdistusta. (Kyngäs ym. 2007, 145)

Tämä opinnäytetyö on työelämälähtöinen ja opinnäytetyön aihe on saatu Porin kaupunginsairaalan kirurgiselta osastolta. Porin kaupunginsairaalassa on panostettu preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaa enenemissä määrin viimeisen puolentoista vuoden ajan. Hoitajat huomasivat osastolla olevien leikkauksesta toipuvien potilaiden tietojen olevan puutteellisia kuntoutumisen suhteen. Preoperatiiviseen ohjaukseen alettiin kiinnittää entistä enemmän huomiota ja näin leikkaukseen valmistava hoitokäynti jonohoitajan luona Porin kaupunginsairaalassa sai alkunsa. Ensimmäinen

preoperatiivinen leikkaukseen valmistava hoitokäynti järjestettiin vuoden 2011 puolivälin paikkeilla.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää miten preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta tukevat lonkkaleikkauspotilaiden kuntoutumista, sekä selvittää ilmeneekö elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden ohjauksessa ja neuvonnassa kehittämistarpeita. Tavoitteena on myös tuottaa tietoa jonka avulla lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa voidaan kehittää.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan kehittämisessä. Keskeiset käsitteet opinnäytetyössä ovat elektiivinen lonkkaleikkaus, preoperatiivinen hoito, sekä ohjaus ja neuvonta.

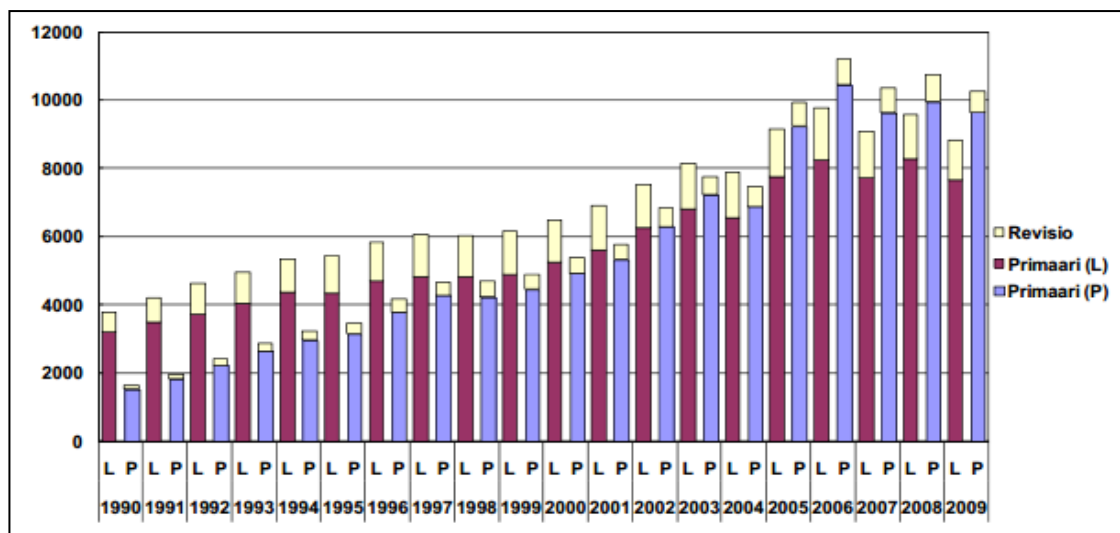
Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia kokemuksia ja ajatuksia elektiivisillä lonkkaleikkauspotilailla on preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa?
2. Miten lonkkaleikkauspotilaat kokevat, että preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta tukevat kuntoutumista kyseisessä sairaalassa?

3. Ilmeneekö elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa kehittämistarpeita Porin kaupunginsairaalassa?

3 ELEKTIIVINEN LONKKALEIKKAUS

Suomessa tehdään vuosittain hieman alle 10 000 lonkan tekonivelleikkausta. Leikkauksia tehdään Suomessa noin 60:ssä eri sairaalassa. Tärkein syy leikkaukselle on nivelrikon aiheuttama kipu, joka häiritsee merkittäväällä tavalla potilaan jokapäiväistä elämää. (Vainikainen 2012, 32) Vuodesta 1980 lähtien ortopedit, eli luu- ja tukielin-sairauksiin erikoistuneet lääkärit, ovat tiedottaneet tekonivelleikkauksesta kansalliseen endoproteesirekisteriin. Ilmoittaminen leikkauksista rekisteriin oli 80-luvun alussa vapaaehtoista, mutta vuodesta 1989 se muuttui pakolliseksi. Endoproteesi tarkoittaa proteesia joka korvaa osittain tai kokonaan vahingoittuneen nivelen. Vuonna 2009 ilmoitettuja lonkan primaarileikkauksia, eli leikkauksia, joissa niveleen asetaan proteesi ensimmäisen kerran, oli 9650 kappaletta. Määrä sisältää sekä kiireelliset että elektiiviset lonkkaleikkaukset. Leikkausten määrä on ollut jatkuvassa nousussa vuodesta 1990 vuoteen 2005, jonka jälkeen leikkausten määrä on vakiintunut noin 9000 leikkaukseen per vuosi. (Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2009, 1-2) Vuonna 2011 primaari lonkkaproteesi asetettiin 7923 potilaalle, joista suurin osa (58 %) oli naisia. Naisten keski-ikä oli 70 vuotta, miesten 66 vuotta. Lähes puolet lonkkaproteeseista asetettiin yli 70 -vuotiaille. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli 4,7 vuorokautta. (Lonkka- ja polviproteesit 2011, 2) Elektiivinen tarkoittaa ennalta suunniteltua leikkausta (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarinen 2006, 462). Kuviossa 1 on nähtävissä implanttirekisteriin ilmoitettujen polven ja lonkan tekonivelleikkausten määrät vuosien 1990 – 2009 aikana.



Kuvio 1. Implanttirekisteriin ilmoitetut lonkan ja polven tekonivelleikkaukset 1990 – 2009 (L = lonkka, P = polvi) (Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2009, 1-2)

Tekonivelleikkaus on viimeinen vaihe nivelrikkoisen, kivuliaan potilaan hoidossa. (Vainikainen 2012, 33) Se on paras pitkälle edenneen lonkan nivelrikon hoitokeino. (Roberts ym. 2010, 947) Tekonivelleikkauksen aiheellisuus perustuu yksilölliseen arvioon. Leikkauksesta saatujen hyötyjen on oltava oletettavasti suuremmat, kuin leikkaukseen liittyvien riskien. (Ahonen ym. 2012, 692) Kun potilaan kivut, nivelen virheasento ja liikerajoitus eivät enää ole hallittavissa konservatiivisella hoidolla ja lonkan toimimattomuus häiritsee kohtuuttomasti potilaan päivittäistä elämää, on lonkan totaaliprotetisointi perusteltu hoitokeino. Leikkaus parantaa potilaan elämänlaatua vuosiksi eteenpäin, kivut vähenevät ja nivelen liikkuvuus paranee. (Holmia ym. 2008, 717)

Tekonivelleikkausta ei voida tehdä, mikäli lonkassa on aktiivinen infektio tai potilaalla on akuutti sairaus, joka lisää huomattavasti leikkauskuoleman riskiä. Monet muut sairaudet ja potilaskohtaiset tekijät, kuten tupakointi ja ylipaino lisäävät huomattavasti leikkaukseen liittyvien komplikaatioiden vaaraa. Tekijät jotka lisäävät leikkauskomplikaatioiden vaaraa on otettava huomioon tehdessä leikkauspäätöstä, ne eivät kuitenkaan välttämättä estä leikkausta. (Pohjolainen 2012) Komplikaatiot lonkkaleikkauksessa ovat harvinaisia, mutta mahdollisia. Vakavimpia komplikaatioita ovat tulehdukset, niitä esiintyy noin yhdellä prosentilla leikatuista. Lonkkaleikkauksiin liittyy myös laskimoveritulpan riski, mutta sitä hoidetaan aktiivisesti pienimole-

kyylisellä hepariinilla tai suun kautta otettavalla lääkityksellä. (Vainikainen 2012, 33)

Sairaalahoito leikkauksen jälkeen kestää noin 3-5 vuorokautta tai kauemmin, mikäli potillaan vointi sitä vaatii. Potilaan oma aktiivisuus on ratkaisevan tärkeää kuntoutumisen kannalta. Leikkauksesta toipumista edesauttaa leikkausta edeltävä, hyvä valmistautuminen. Edellytys toimivalle nivelelle, sen liikkeelle ja tukevuudelle on hyvä lihaskunto. Merkittävin huonon leikkaustuloksen syy on huono lihaskunto. Täydellinen lonkan kuntoutuminen vie aina useita kuukausia, tai jopa vuosia. Tekonivel ei ole koskaan terveen nivelen veroinen, mutta tilanne leikkauksen jälkeen on yleensä parempi, kuin ennen leikkausta. (Vainikainen 2012, 33)

3.1 Lonkan nivelrikko

Nivelrikko eli nivelen kuluma on hyvin tavallinen sairaus, jota sairastaa yli puolet 65-vuotiaista suomalaisista ja joka neljäs 75-vuotias. Nivelrikossa nivelrusto rappeutuu ja nivelväli kaventuu. Nivelrikkoa voi syntyä mihin tahansa niveleen, mutta tavallisimmin se syntyy lonkka-, polvi-, nilkka-, olkapää- ja ranneniveliin. (Holmia ym. 2008, 715) Nivelrikko on yleistauti, potilaalla on usein näkyviä muutoksia useissa nivelissä samanaikaisesti. Lonkan nivelrikon kliinisenä löydöksenä on liikerajoitteinen ja mahdollisesti liikutteluarka lonkkanivel. Röntgenkuvassa on nähtävissä poikkeavia kulumamuutoksia. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Leppäniemi 2010, 946)

Nivelrikko saattaa kehittyä iän myötä ilman tunnettua syytä. Nivelrikko saattaa kehittyä toisen sairauden seurauksena, tällaista syytä sanotaan sekundaariseksi syyksi. Sekundaarisia syitä tunnetaan useita, niitä ovat muun muassa verenkiertohäiriöt, kasvukauden sairaudet, aineenvaihduntasairaus, reuma-taudit, traumat, perinnölliset tekijät ja ylipaino. Koska nivelrikon syntyä ei tarkoin tunneta, sen ennaltaehkäisy on haastavaa. Nivelrikkoa ehkäiseviä keinoja ovat kuitenkin tupakoimattomuus, monipuoli-

nen, terveellinen ruokavalio, normaali ruumiinpaino, tuki- ja liikuntaelimestön hyvästä kunnosta huolehtiminen, hyvä työergonomia ja tapaturmien ehkäisy. (Holmia ym. 2008, 715)

3.2 Lonkan nivelrikon oireet

Nivelrikko ei lieväasteisena aina aiheuta oireita, mutta edetessään se aiheuttaa kipua ja nivelen toiminnan vajavuutta. Lonkan nivelrikon ensimmäisiä oireita ovat rasituksen yhteydessä esiintyvä kipu, jäykkyys ja liikkeellelähtoon liittyvä kipu, sekä kipu kävellessä. Pitkälle edetessään sairaus aiheuttaa myös lepo- ja yösärkyä. Yösärky saattaa olla niin kovaa, että se häiritsee potilaan lepoa. Kipu paikallistuu pakaran alueelle ja nivusseutuun ja voi säteillä myös polveen. Potilas pyrkii tavallisesti rajoittamaan liikkumistaan kivun vuoksi, tällöin hänen yleiskuntonsa laskee ja hänelle voi alkaa kertyä ylipainoa, joka puolestaan pahentaa tilannetta. Lonkkapotilaan lonkan liikeradat ovat rajoittuneet, tavallisesti ensimmäisenä rajoittuu lonkan sisäkiertoliike ja jalan sivulle vienti. Potilas ontuu kävellessään ja jalka voi pettää alta. Jalkaa liikuttaessa lonkasta saattaa kuulua rahinaa ja rutinaa. Yleisin syy siihen, että potilas hakee apua, on kova särky. (Holmia ym. 2008, 715)

3.3 Nivelrikon konservatiivinen hoito ja lääkehoito

Lonkan nivelrikon hoitokeinoja ovat konservatiivinen hoito, operatiivinen hoito, ja lääkehoito. Konservatiivisia hoitokeinoja ovat laihduttaminen, apuvälineiden käyttö, fysioterapia ja kipulääkitys. Ylipaino on tekonivelleikkauksen suurimpia riskitekijöitä, joten siihen on puututtava. Potilaan voi olla kuitenkin vaikea pudottaa painoa, sillä liikunta aiheuttaa hänelle kipuja. Potilasta ohjataan ruokatottumuksissa ja häntä kehoitetaan liikkumaan kivun sallimissa rajoissa. Kuormituksen vähentämiseksi poti-

lasta ohjataan käyttämään kävelykeppiä potilaan terveellä puolella. Fysioterapialla vähennetään kipuja, parannetaan nivelen liikkuvuutta ja vahvistetaan lihaksia. (Holmias ym. 2008, 716)

Sairautta parantavaa tai taudin etenemistä pysäyttävää lääkehoitoa ei ole. Lääkehoidolla pyritään helpottamaan potilaan kipuja ja parantamaan toimintakykyä. Ensisijainen lääke, jota käytetään lievittämään nivelrikkopotilaan kipuja, on parasetamoli. Jos parasetamoli ei riitä, siirrytään käyttämään tulehduskipulääkettä, tai näiden yhdistelmää. Sekä parasetamoliin että tulehduskipulääkkeeseen voidaan liittää heikko opioidi eli kodeiini. Muihin opioideihin siirrytään pääasiassa, kun parasetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää vastetta potilaan kivunhoidossa tai niitä ei voida haittavaikutusten vuoksi käyttää. (Ahonen ym. 2012, 691)

4 PREOPERATIIVINEN HOITO

Kirurgisen potilaan hoitoprosessi sisältää kolme vaihetta; leikkausta edeltävän, eli preoperatiivisen, leikkauksen aikaisen, eli intraoperatiivisen ja leikkauksen jälkeisen eli postoperatiivisen vaiheen. (Ahonen ym. 2012, 99) Preoperatiivinen hoito tarkoittaa siis leikkausta edeltävää hoitoa. Preoperatiivinen hoito alkaa, kun potilas ja lääkäri ovat tehneet leikkauspäätöksen ja päättyy siihen, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Iivanainen ym. 2006, 460) Hoitohenkilöstön keskeisiä tehtäviä preoperatiivisessa vaiheessa ovat potilastietojen kerääminen, leikkausta edeltävien tutkimusten tekeminen sekä potilaan tapaaminen ja ohjaaminen. (Lukkari ym. 2007, 20) Kun potilaan preoperatiivista hoitotyötä suunnitellaan, potilaan omat odotukset leikkauksesta ja hänen käsityksensä terveydentilastaan on otettava huomioon. Tieto aiemmista sairauksista, lääkityksistä ja mahdollisista elintoi-

mintojen rajoituksista on välttämätön hoitotyön yksilöllisen toteutumisen kannalta. (Holmia ym. 2008, 59)

4.1 Preoperatiivisen hoidon tavoitteet

Preoperatiivisen hoidon tavoitteita on monia, niitä on muun muassa, että potilas on tietoinen sairaudestaan ja tulevasta leikkauksesta, hän ymmärtää leikkausvalmistelujen tarkoituksen ja osallistuu niihin voimavarojensa mukaan. Tavoitteena on myös että potilas on halukas yhteistyöhön, tietää leikkauksen jälkeisestä hoidosta oleelliset asiat, suhtautuu kuntoutukseen myönteisesti ja osaa ylösnousutekniikan sekä osaa käyttää apuvälineitä leikkauksen jälkeen. Tärkeää on myös että potilas hyväksyy leikkauksen tuomat minäkuvan muutokset, kokee saavansa yksilöllistä ja kokonaisvaltaista hoitoa, tuntee olonsa turvalliseksi ja odottaa näin leikkausta rauhallisin mielin. Preoperatiivisen hoitotyön päätavoite on että potilas toipuu leikkauksesta ilman komplikaatioita, on mahdollisimman kivuton ja on fyysisesti sekä psyykkisesti valmis leikkaukseen. (Iivanainen ym. 2006, 464, 630)

Keskeistä preoperatiivisessa hoidossa on potilaan valmentautuminen leikkaukseen. Potilaan yleiskunto pyritään saamaan mahdollisimman hyväksi ennen leikkausta. (Holmia ym. 2008, 59) Potilas valmistautuu kotona leikkaukseen preoperatiivisesti hoitohenkilökunnalta saatujen ohjeiden mukaisesti. (Lukkari ym. 2007, 20) Valmistautumisen tavoitteena on, että potilas kohottaa yleiskuntoaan, vahvistaa sydämensä, sekä keuhkojensa toimintaa ja pudottaa tarvittaessa painoaan ja huolehtii hyvästä ravitsemuksesta. Tavoitteena on myös, että potilas huolehtii mahdolliset muut sairaudet hyvään hoitotasapainoon, hoitaa suuhygieniansa, sekä huolehtii erityisen tarkasti muutenkin hygieniastaan. Leikkaukseen valmistautumisen tavoitteena on myös, että potilas valmistautuu henkisesti tulevaan leikkaukseen ja hankkii leikkauksesta tietoa, järjestää koti-, työ- ja muut vastaavat asiat kuntoon, jotta kuntoutuminen voi sairalahoidon jälkeen jatkua kotona turvallisesti. (Iivanainen ym. 2006, 462)

4.2 Ohjaus ja neuvonta

Lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista. Selvitys on annettava lisäksi siten, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5§) Potilaalla on siis oikeus tietää terveydestään ja hoidostaan. Laadukkaana ohjauksen on havaittu edistävän potilaan terveyttä. Sen on todettu edistävän muun muassa toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja kotona selviytymistä. Ohjauksen on huomattu myös vähentävän potilaan masentuneisuutta ja ahdistusta ja näin parantavan potilaan mielialaa. (Kyngäs ym. 2007, 145)

Ohjaustilanteessa potilas on oman elämänsä, ja hoitaja ohjauksen, asiantuntija. Hoitajan tehtävä on tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä potilaan kanssa. Potilaan taustatekijät vaikuttavat siihen millaista ohjausta ja neuvontaa potilas tarvitsee. Juuri potilaiden erilaisuus luo haasteita hoitajalle, hoitajan on pyrittävä antamaan potilaille juuri potilaan tarpeita vastaavaa ohjausta ja neuvontaa. Jotta potilaan yksilöllisiin tarpeisiin voidaan vastata, on hoitajan välttämätöntä selvittää potilaan taustatekijät. Jos potilaan taustatekijöitä ei huomioida, potilaan yksilöllisyyttä ei kunnioiteta. Ohjaukseen vaikuttavat potilaan taustatekijöiden lisäksi hoitajan taustatekijät. Taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin, fyysisiin, psyykkisiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiä tekijöitä ovat muun muassa ikä, sukupuoli ja terveydentila. Psyykkisiä tekijöitä ovat kokemukset, odotukset, tarpeet ja motivaatio. Sosiaalisia taustatekijöitä puolestaan ovat kulttuuritausta, sosiaalisuus ja eettisyys, ympäristötekijöitä ovat fyysinen ympäristö, psyykinen ympäristö ja sosiaalinen ympäristö. (Kyngäs ym. 2007 26 - 28, 31)

Jotta ohjaus onnistuisi, on tärkeää tunnistaa mitä potilas jo tietää, mitä hänen tulisi tietää ja mitä hän haluaa tietää. Lisäksi on tärkeää selvittää mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjaustarpeen selvittämiseksi ohjaaja voi pyytää potilasta kertomaan mitä potilas odottaa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Se, että ohjaus perustuu potilaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta, parantaa potilastyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. Onnistunut ohjaus voi rakentua vain riittävien taustatietojen

vara. Ohjaajan on oltava tietoinen sekä potilaan että omista taustatekijöistä, jotka vaikuttavat ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 47)

4.3 Leikkaukseen valmistava hoitokäynti

Tekonivelleikkaukseen tuleva potilas käy sairaalassa preoperatiivisella, leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä joko sairaanhoitajan tai endoproteesihoitajan luona. (Ahonen ym. 2012, 693) Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä potilas saa tarvitsemansa tärkeät tiedot siitä mitä on odotettavissa. Käynnin tarkoituksena on varmistua siitä, että potilas on riittävän terve voidakseen tulla vaativaan leikkaukseen. Hoitaja käy läpi potilaan aikaisemmat leikkaukset, puudutukset ja nukutukset sekä niistä saadut kokemukset. Lisäksi selvitetään sairaudet lääkityksineen, mahdolliset lääkeaine- ja muut allergiat, tupakointi, alkoholin käyttö sekä ruokavalio. Samalla tarkistetaan ihon kunto ja hammashoidon tilanne. Hoitaja kertoo potilaalle kuinka sairaalaan leikkauksen ajankohtana tullaan, millainen on leikkauspäivän ohjelma, ja mitä kaikkea leikkauksen jälkeiseen hoitoon liittyy. Samalla keskustellaan kotiutumisesta ja kotona kuntoutumisesta. Lonkkaleikkauspotilas käy hoitokäynnillä yleensä 1-3 viikkoa ennen leikkausta. Joskus leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä päädytään siirtämään leikkausta joko siksi että potilas arvioi tulevansa toimeen vielä ilman proteesia, tai siksi että hänellä todetaan olevan jokin sairaus, joka tulee hoitaa ennen leikkausta. (Vainikainen 2012, 44)

4.4 Leikkaukseen valmistava hoitokäynti Porin kaupunginsairaalassa

Preoperatiiviseen ohjaukseen on panostettu Porin kaupunginsairaalassa enenemissä määrin viimeisen puolentoista vuoden ajan. Hoitajat havaitsivat osastolla lonkkaleikkauksesta kuntoutuvilla potilailla olevan puutetta tiedoissa, jotka olisivat tukeneet

kuntoutumista mahdollisimman hyvin. Preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan alettiin vuoden 2011 puolivälissä kiinnittää enemmän huomiota ja lonkkaleikkauspotilaiden leikkaukseen valmistavat hoitokäynnit aloitettiin. Leikkaukseen valmistavaan hoitokäyntiin Porin kaupunginsairaalassa osallistuu jonohoitaja ja fysioterapeutti. Kun lääkäri on tehnyt leikkauspäätöksen, potilaalle lähetetään kutsukirje leikkaukseen. Kutsukirjeessä on ilmoitettu leikkausaika, sekä ajat jonohoitajan ja fysioterapeutin leikkaukseen valmistaville hoitokäynneille. Hoitokäyntien yhteydessä potilas käy myös laboratoriossa, sekä röntgenissä. Potilas käy jonohoitajan ja fysioterapeutin vastaanotolla noin viikkoa ennen leikkausta. (Nissi henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2012)

Jonohoitaja keskustelee potilaan kanssa muun muassa leikkauksen vaiheista, ravinnosta, vatsantoimituksesta ja leikkauspäivänä peseytymisestä. Hän käy potilaan kanssa läpi potilaan käyttämät lääkkeet ja neuvo, mitä lääkkeitä potilaan tulee ottaa ja mitä olla ottamatta. Jonohoitaja keskustelee myös sairaalassaoloajasta ja kotiutumisen ajankohdasta ja siitä miten potilas ajattelee pärjäävänsä kotona leikkauksen jälkeen. Potilaan kanssa keskustellaan myös siitä millaisia kotiapuja, kuten avut peseytymisessä, ruoanlaitossa ja pyykinpesussa, potilas mahdollisesti tarvitsee. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä keskustellaan myös kivunhoidosta, liikkumisen rajoituksista ja kuntoutumisesta. Jonohoitaja tarkastaa myös, että potilaalla on tarvittavat röntgenkuvat ja että potilas on käynyt hammaskuvauksessa. (Nissi henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2012)

Jonohoitajan vastaanotolta potilas siirtyy fysioterapeutin vastaanotolle. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle asentohoidon, apuvälineiden käytön ja niiden hankinnan, sekä käy kotiutuskansion läpi potilaan kanssa. Fysioterapeutti ohjaa potilaalle kuinka vuo-teessa leikkauksen jälkeen tulee siirtyä, kääntyä ja nousta ylös ja kertoo liikerajoituksista ja niiden noudattamisesta. Potilaan kanssa keskustellaan myös kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen. Kotiutuskansiossa kerrotaan asentohoidosta, apuvälineiden käytöstä leikkauksen jälkeen, sekä sopivasta liikunnasta ja liikunnan tärkeydestä. Kotiutuskansion lopussa kerrotaan millaisia etukäteisjärjestelyjä potilaan tulisi tehdä, jotta omatoiminen selviytyminen leikkauksen jälkeen olisi mahdollisimman helppoa ja turvallista. Lopuksi fysioterapeutti ohjaa potilaan apuvälinelainaamoon. (Nissi henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2012)

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineistonkeruu

Tutkimuksen lähestymistapa oli pääosin kvantitatiivinen, sillä tutkimusaineisto kerättiin tätä tarkoitusta varten laaditulla pääosin strukturoidulla kyselylomakkeella. Lomakkeessa oli 37 strukturoitua kysymystä ja yksi avoin kysymys. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti, kun taas avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällönanalyysiä apuna käyttäen.

Kyselylomaketta laadittaessa haastateltiin Porin kaupunginsairaalassa elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan osallistuvaa fysioterapeuttia, jotta lomakkeesta saataisiin mahdollisimman hyvin tarkoitustaan palveleva. Lisäksi lomakkeen laadinnassa otettiin huomioon Porin kaupunginsairaalan kirurgianosaston osastonhoitajan toiveet. Lomake esitestattiin kahdella potilaalla, jotka olivat osa kohderyhmää. Esitestauksen jälkeen lomakkeeseen ei tullut muutoksia, joten esitestaajien vastaukset otettiin mukaan aineistonanalyysiin. Esitestaajat laittoivat vastauksensa suljettuihin kirjekuoriin niin, etteivät heidän vastauksensa olleet tunnistettavissa muiden vastaajien vastausten joukosta. Tutkimuslupaa anottiin Porin kaupunginsairaalasta 18.1.2013, Porin kaupunginsairaalan johtava lääkäri myönsi tutkimusluvan 1.2.2013 (Liite 1). Tutkimusaineiston keruu alkoi 6.2. ja päättyi 18.2.2013.

Tutkimuksen kohderyhmä oli Porin kaupunginsairaalassa tammikuu 2010 - tammikuu 2013 välisenä aikana elektiivisessä lonkkaleikkauksessa olleet potilaat. Tämä kyseinen ryhmä valittiin kohderyhmäksi siitä syystä että vuosien 2010 - 2013 välillä elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan on kiinnitetty huomiota kyseisellä osastolla enenevissä määrin. Preoperatiivinen leikkaukseen valmistava hoitokäynti järjestettiin ensimmäisen kerran Porin kaupunginsairaalassa vuoden 2011 puolivälin paikkeilla. Vastaajissa siis oletettiin olevan mukana

potilaita, jotka olivat ja jotka eivät olleet käyneet hoitokäynnillä. Otoksen suuruus oli yhteensä 59 potilasta. Kyselylomake lähetettiin potilaiden koteihin Porin kaupungin-sairaalan kirurgiselta osastolta käsin. Vastaajia pyydettiin lähettämään vastauksensa ohessa olleella kirjekuorella, josta postimaksu oli jo maksettu. Kyselylomakkeeseen vastattiin nimettöminä, jolloin vastaajien anonymiteetti säilyi. Vastauksia palautettiin yhteensä 47 kappaletta, joten vastausprosentiksi muodostui 80 %.

Tutkimusaineisto päätettiin kerätä käyttäen paperista pääosin strukturoitua kyselylomaketta sillä sen ajateltiin palvelevan parhaiten tutkimusta ja olevan vastaajille kaikkein mieleisin ja helpoin vastata. Korkea vastausprosentti (80 %) tukee tätä ajatusta. Tutkimuksen kohderyhmän keski-ikä tiedettiin olevan melko korkea, joten ajateltiin, että paperinen kyselylomake toimisi nykyaikaisen, sähköisen sijaan paremmin. Vastaajien korkea keski-ikä otettiin huomioon myös kyselylomakkeen rakennetta muotoiltaessa. Kyselylomakkeen piste- eli fonttikoko pyrittiin valitsemaan riittävän suureksi jotta tekstiä olisi helppo lukea. Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin muodostamaan niin, että kysymykset olisivat mahdollisimman selkeitä ja ymmärrettävissä vain yhdellä tavalla, näin vastaaminen olisi helpompaa ja vastaukset luotettavia.

Kyselylomakkeen kysymykset numero 1. ja 2. käsittelivät vastaajan taustatietoja, sukupuolta ja ikää. Kysymykset numero 3., 5. ja 6. käsittelivät vastaajan leikkaushistoriaa. Kysymyksellä numero 5.1 pyrittiin selvittämään sitä, vaikuttiko potilaan mahdollinen aikaisempi lonkkaleikkauskokemus siihen kuinka paljon potilas koki tarvitsevänsä ohjausta ja neuvontaa. Kysymyksellä numero 4 selvitettiin sitä oliko vastaajalla käytössä kotiapuja jo ennen leikkausta, kysymyksellä pyrittiin kartoittamaan sitä oliko kotipalveluiden verkosto tuttu potilaalle jo ennen leikkausta. Kysymykset numero 7. ja 8. käsittelivät vastaajan sairaalahoidon kestoa. Kysymyksellä numero 7. pyrittiin selvittämään sitä, vaikuttiko potilaan sairaalaan tulopäivä sairaalassaoloaikaan leikkauksen jälkeen. Kysymykset numero 9. ja 10. käsittelivät leikkaukseen valmistavaa hoitokäyntiä ja kysymyksellä numero 11 selvitettiin sitä miten potilaan yksilöllisiin ohjauksen ja neuvonnan tarpeisiin vastattiin.

Kyselylomakkeen viimeinen osio oli muotoiltu ruudukon malliin. Ruudukkoon vastattiin rasti ruutuun periaatteella. Ruudukon vasempaan reunaan lueteltiin allekkain asioita, jotka preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan teorian mukaan kuu-

luu. Jokainen preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan osa-alue muodosti oman vaakarivinsä ruudukkoon. Jokainen vastausvaihtoehto muodosti oman sarakkeensa. Vastatajaa ohjeistettiin laittamaan rasti jokaiselle vaakariville hänen mielestään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle. Ruudukko-osion kaikki kysymykset käsittelivät potilaan preoperatiivisen tiedonsaannin sisältöä ja riittävyyttä. (Kuva 1) Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys. Kysymyksellä pyrittiin kartoittamaan vastaajien ajatuksia siitä miten preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa voitaisiin heidän mielestä kehittää niin, että se tukisi potilaan leikkauksesta kuntoutumista mahdollisimman hyvin. (Liite 3)

Vastatkaa alla olevaan ruudukkoon laittamalla **yksi** rasti jokaiselle vaakariville mielestänne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle

Saitteko ennen leikkausta tietoa:	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedonsaanti ennen leikkausta ei olisi ollut tärkeää	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedonsaanti ennen leikkausta olisi ollut tärkeää	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liian vähän	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta riittävästi	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liikaa
Yleiskunnon ylläpidosta tai kohottamisesta					
Painon hallinnasta					

Kuva 1. Kyselylomakkeen preoperatiivisen tiedonsaannin sisältöä ja riittävyyttä tutkiva osio.

5.2 Tutkimusaineiston analysointi

Kyselylomakkeen strukturoidut kysymyksen analysoitiin tilastollisesti käyttäen apuna Excel- ja Tixel- taulukkolaskentaohjelmaa. Kyselylomakkeen avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin sisällön analyysin avulla. Sisällönanalyysi on aineistojen perusanalyysimenetelmä, jonka ideaa käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuk-

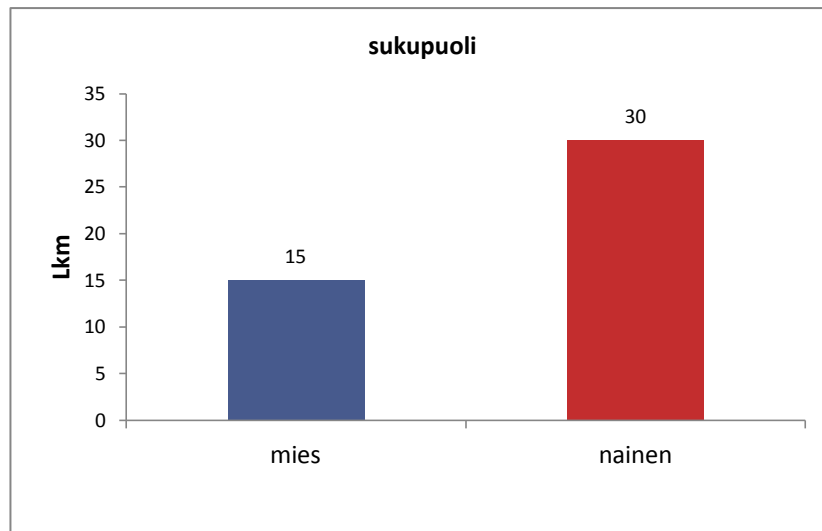
sen menetelmissä. Sen avulla on mahdollista analysoida erilaisia aineistoja ja samalla kuvata niitä. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja, mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 132 - 134).

Aineiston analysointi aloitettiin numeroimalla kyselylomakkeet yhdestä 47:ään. Tämän jälkeen strukturoiduista kysymyksistä muodostettiin havaintomatriisi. Havaintomatriisin vasemmassa reunassa ensimmäisessä pystyrivissä olevat numerot edustivat vastaajia, yläreunassa olevat numerot kysymyksiä. Jokaisen vastaajan vastauksen muodostivat siis yhden vaakarivin ja jokainen kysymys oman sarakkeensa. Havaintomatriisista tiedot siirrettiin Tixel9 -tilastointiohjelmaan. Tixel- -ohjelmaa apuna käyttäen vastausvaihtoehdoille saatiin jakaumat ja näin tuloksia voitiin tarkastella.

6 TUTKIMUSTULOKSET

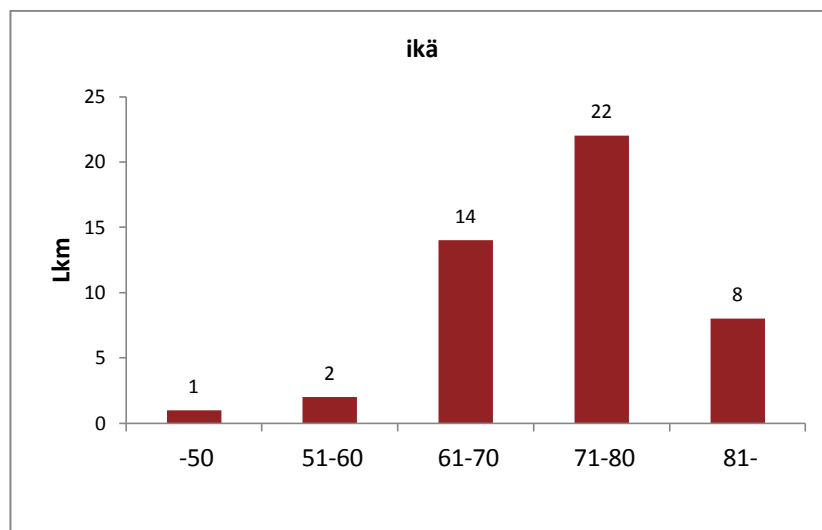
6.1 Vastanneiden sukupuoli- ja ikäjakaumat

Tutkimuksen otoksen suuruus oli 59, kyselyyn vastasi 47, näin vastausprosentiksi muodostui 80. Kysymys numero 1 ja 2 koskivat vastaajien taustatietoja, sukupuolta ja ikää. Vastanneista 30 (67 %) oli naisia ja 15 (33 %) miehiä, kaksi jätti vastaamatta sukupuolta koskevaan kysymykseen (Kuvio 2).



Kuvio 2. Vastaajien sukupuolijakauma

Vastanneiden ikä ryhmiteltiin viiteen ikäryhmään, suurin osa vastaajista (22, 47 %) oli 71 - 80 -vuotiaita, noin kolmannes (14, 30 %) oli 61 - 70 -vuotiaita, alle 60 -vuotiaita vastaajia oli yhteensä vain kolme (6 %). (Kuvio 3).



Kuvio 3. Vastaajien ikäjakauma (N=47)

6.2 Vastanneiden kotiapu ennen leikkausta

Kyselylomakkeen kysymyksellä numero neljä kysyttiin oliko vastaajalla kotiapua käytössä ennen leikkausta. Suurimmalla osalla kysymykseen vastanneista ei ollut kotiapua käytössä ennen leikkausta (34, 76 %). (Taulukko 1) Vastaajia, joilla oli kotiapua käytössä ennen leikkausta (11, 24 %), pyydettiin erittelemään millaista kotiapua heillä oli. Vastaajista neljä saivat ennen leikkausta joko siivousapua, kaupassakäyntiapua tai molempia, loput seitsemän vastaajaa kertoivat omaisten avustaneen päivittäisissä toimissa.

Kotiapu ennen leikkausta				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
ei	34	76	34	76
kyllä	11	24	45	100
Yht.	45	100	45	100

Taulukko 1. Vastaajien kotiapu ennen leikkausta

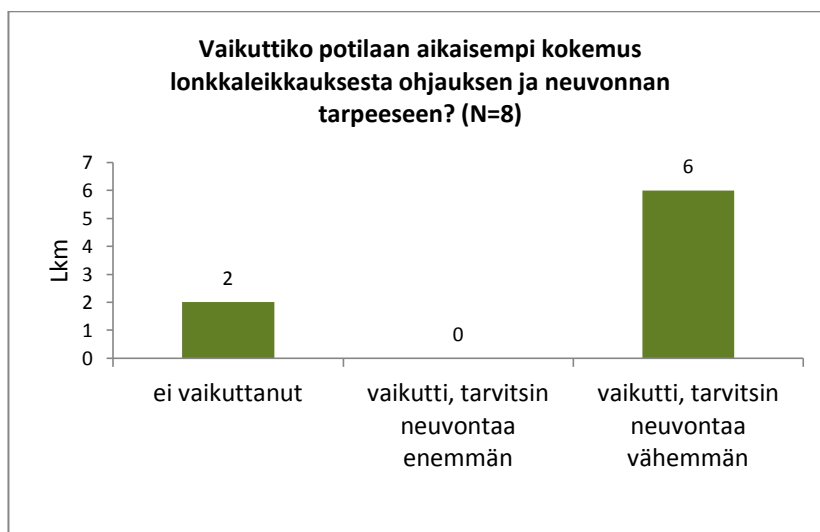
6.3 Leikkaushistoria ja sen vaikutus ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin kuinka kauan heidän lonkkaleikkauksestaan oli kulunut aikaa. Vaihtoehtoina oli: alle vuosi, 1 – 2 vuotta ja yli kaksi vuotta. Vastauksia tuli lähes yhtä paljon jokaiselta ryhmältä. (Taulukko 2)

Lonkkaleikkauksesta kulunut aika				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
alle vuosi	16	34	16	34
1-2 vuotta	16	34	32	68
yli 2 vuotta	15	32	47	100
Yht.	47	100	47	100

Taulukko 2. Lonkkaleikkauksesta kulunut aika

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin myös oliko leikkaus heidän ensimmäinen lonkkaleikkauksensa. Vastaajista 39 (83 %) kertoi leikkauksen olleen heidän ensimmäinen lonkkaleikkauksensa. Leikkauksessa jo toistamiseen olleita (8, 17 %) pyydettiin arvioimaan, vaikuttiko aikaisempi leikkaukokemus siihen kuinka paljon he kokivat tarvitsevansa ennen leikkausta annettavaa ohjausta ja neuvontaa. Heistä suurin osa (6, 67 %) kertoi kokeneensa, että kaipasi ohjausta ja neuvontaa vähemmän jälkimmäisen lonkkaleikkauksen kohdalla, 2 (33 %) vastaajista puolestaan oli sitä mieltä, ettei aiempi kokemus lonkkaleikkauksesta vaikuttanut ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen. (Kuvio 4) Vastaajia, joilla oli aikaisempaa kokemusta lonkkaleikkauksesta, oli 8 (17 %).



Kuvio 4. Aikaisemman lonkkaleikkaukokemuksen vaikutus ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen

Kyselylomakkeen kysymyksellä numero 6. selvitettiin oliko potilaalle tehty ennen lonkkaleikkausta muita leikkauksia. Vastaajista 34:lle (76 %) oli tehty aiemmin myös muita leikkauksia, 11:lle (24 %) lonkkaleikkaus oli ensimmäinen leikkaus. (Taulukko 3)

Oliko vastaajalle tehty aiemmin muita leikkauksia?

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
ei	11	24	11	24
kyllä	34	76	45	100
Yht.	45	100	45	100

Taulukko 3. Vastaajien aikaisempi leikkauskokemus

6.4 Sairaalassaoloaika

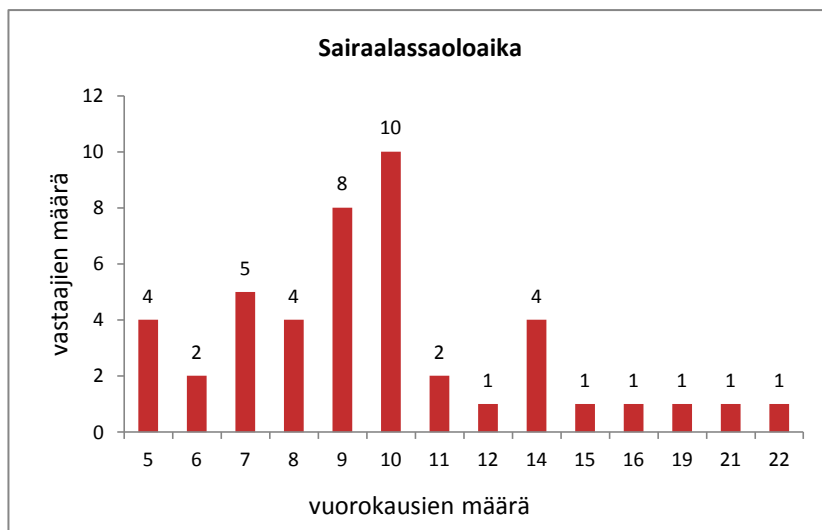
Kysymykset numero 7 ja 8 käsittelivät sitä, milloin potilas saapui sairaalaan ja sitä kuinka kauan potilas vietti aikaa sairaalassa. Kysymyksillä haluttiin selvittää vaikut- tiko se, tuliko potilas osastolle leikkausta edeltävänä päivänä vai leikkauspäivänä, potilaan kuntoutumiseen kotikuntoiseksi. Suurin osa vastaajista (42, 91 %) oli tullut osastolle leikkauspäivää edeltävänä päivänä, vastaajista 4 (9 %) tuli leikkauspäivän aamuna. (Taulukko 4) Koska vastaajia, jotka kertoivat tulleen osastolle leikkaus- päivän aamuna, oli vain neljä ja heistä kaksi jätti vastaamatta sairaalassaoloaikaa koskevaan kysymykseen, ei edellä mainittua vertailua pystytty luotettavasti tekemään.

Saapuminen osastolle

	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
leikkauspäivän aamuna	4	9	4	9
leikkauspäivää edeltävänä päivänä	42	91	46	100
Yht.	46	100	46	100

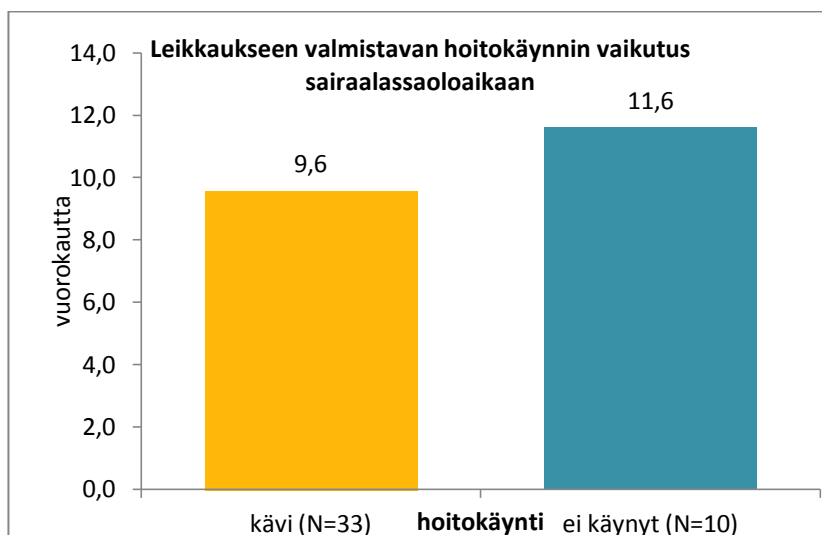
Taulukko 4. Saapuminen osastolle

Suurin osa vastaajista (10, 22 %) oli sairaalassa leikkauksen jälkeen 10 vuorokautta. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta sairaalassaoloaikaa koskevaan kysymykseen. Kes- kimääräinen sairaalassaoloaika vastaajien kesken oli 10 vuorokautta. (Kuvio 5)



Kuvio 5. Sairaalassaoloaika

Tutkimuksella haluttiin selvittää myös sitä vaikuttiko se kävikö potilas preoperatiivisella hoitokäynnillä potilaan sairaalassaoloaikaan. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden keskimääräinen sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen oli 9,6 vuorokautta, kun taas vastaajien, jotka eivät hoitokäynnillä olleet käyneet, keskimääräinen sairaalassaoloaika oli 11,6 vuorokautta, eli kaksi vuorokautta pidempi. (Kuvio 6)



Kuvio 6. Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus sairaalassaoloon

6.5 Lonkkaleikkaukseen valmistava hoitokäynti

Tutkimusryhmäksi valittiin viimeisen kolmen vuoden aikana elektiivisessä lonkka-leikkauksessa Porin kaupunginsairaalassa käyneet potilaat. Kolmen vuoden aikaraja valittiin, jotta tutkimusryhmä olisi riittävän suuri ja näin saataisiin mahdollisimman luotettavia tutkimustuloksia. Valintaan vaikutti myös se, että lonkkaleikkaukseen valmistava hoitokäynti otettiin käyttöön Porin kaupunginsairaalassa vuoden 2011 puolivälissä. Noin puolet tutkimusryhmästä koostui siis henkilöistä, jotka olivat käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, ja puolet henkilöistä jotka eivät olleet käyneet hoitokäynnillä. Vastaajista suurin osa (33, 73 %) oli käynyt leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä. Kaksi vastaajaa jätti vastaamatta kysymyksen. (Taulukko 5)

Leikkaukseen valmistava hoitokäynti				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
ei	12	27	12	27
kävi	33	73	45	100
Yht.	45	100	45	100

Taulukko 5. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden määrä

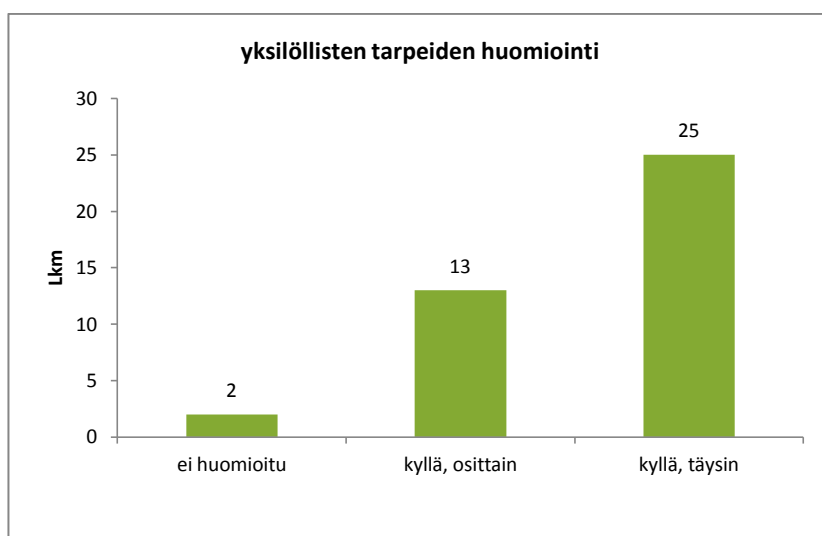
Kyselylomakkeessa kysyttiin myös oliko leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin ajankohta sopiva leikkauksen ajankohtaan nähden. Vastaajista, jotka kertoivat käyneensä leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä (33), suurin osa (30, 88 %) oli sitä mieltä että hoitokäynnin ajankohta oli sopiva (Taulukko 6).

Oliko hoitokäynnin ajankohta potilaan mielestä sopiva leikkaukseen nähden?				
	<i>Lkm</i>	<i>%</i>	<i>Kum. lkm</i>	<i>Kum-%</i>
kyllä	30	88	30	88
ei, liian aikaisin	2	6	32	94
ei, liian myöhään	2	6	34	100
Yht.	34	100	34	100

Taulukko 6. Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin ajankohta

6.6 Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa

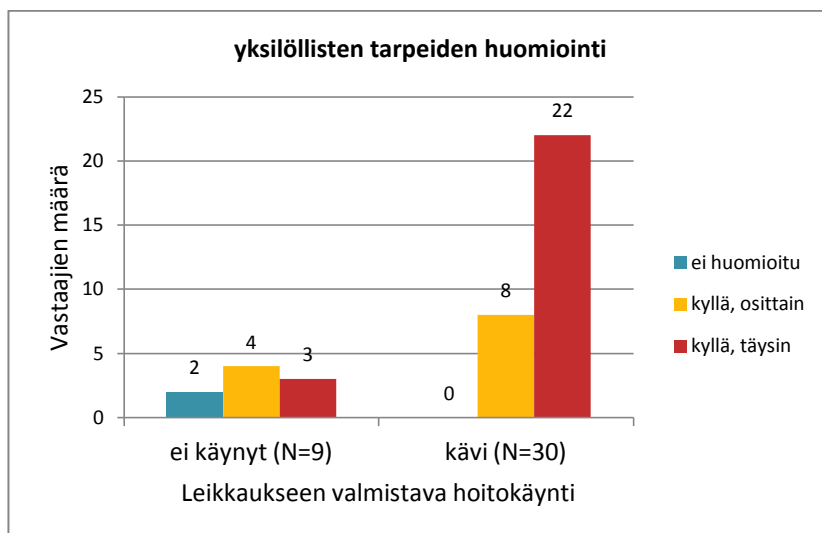
Kyselylomakkeen kysymyksellä numero 11 kysyttiin huomioitiinko ennen leikkausta tapahtuvassa ohjauksessa ja neuvonnassa potilaan yksilölliset tarpeet. Vastaajista 40 vastasi kysymykseen, heistä 25 (63 %) kertoi, että heidän yksilölliset tarpeensa huomioitiin täysin, 13 (33 %) vastaajan mielestä yksilölliset tarpeet huomioitiin osittain, vastaajista 2 (5 %) puolestaan koki, ettei yksilöllisiä tarpeita huomioitu. Osa vastaajista (7, 15 %) jätti vastaamatta kysymykseen, heistä kaksi oli sitä mieltä, ettei heillä ollut yksilöllisiä tarpeita, joita olisi pitänyt huomioida. (Kuvio 7)



Kuvio 7. Potilaan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ohjauksessa ja neuvonnassa

Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutusta, potilaan kokemukseen yksilöllisten tarpeiden huomioinnista, haluttiin myös selvittää. Vastaajista jotka olivat käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, suurin osa (22, 73 %) koki, että heidän yksilölliset tarpeensa ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin. Kyseisistä vastaajista noin neljännes (8, 27 %) koki, että yksilölliset tarpeet huomioitiin osittain. Yksikään leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käynyt ei kokenut, ettei yksilöllisiä tarpeita olisi huomioitu ollenkaan. Vastaajista, jotka eivät käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä (9), kolme (33 %) koki, että heidän yksilölliset tarpeensa ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin, neljän vastaajan mielestä (44

%) yksilölliset tarpeet huomioitiin osittain. Vastaajista kaksi (22 %) koki, ettei heidän yksilöllisiä tarpeitaan huomioitu. (Kuvio 8)



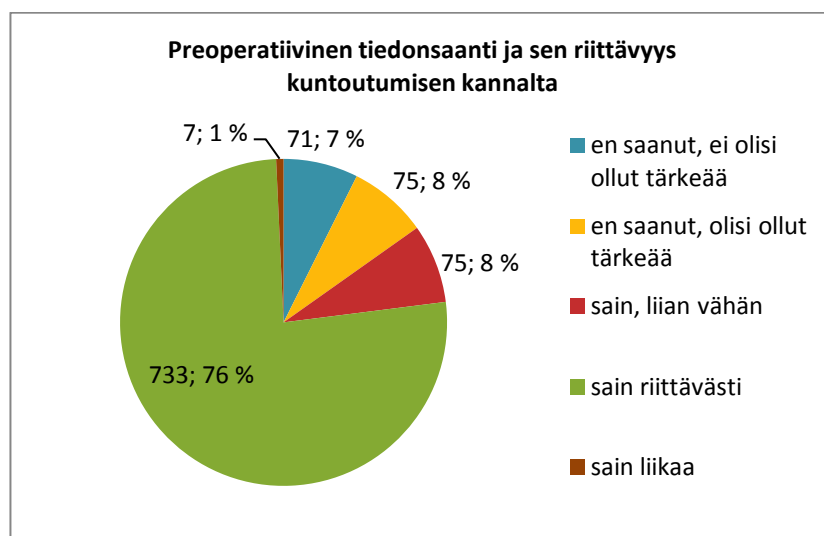
Kuvio 8. Yksilöllisten tarpeiden huomiointi

6.7 Preoperatiivisen tiedonsaannin sisältö ja riittävyys kuntoutumisen kannalta

Kyselylomakkeen viimeinen osio käsitteli preoperatiivisen tiedonsaannin sisältöä ja riittävyyttä kuntoutumisen kannalta. Osiolla pyrittiin selvittämään, mitä tietoa vastaajat olivat ennen leikkausta saaneet ja oliko tiedonsaanti vastaajien mielestä riittävää kuntoutumisen kannalta. Preoperatiivisen tiedonannon sisältö oli jaettu kyselylomakkeessa 25 osa-alueeseen. Osa-alueita olivat muun muassa yleiskunto, painon hallinta ja leikkausriskit. Vastausvaihtoehtoja oli viisi; 1. En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedonsaanti ennen leikkausta ei olisi ollut tärkeää, 2. En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedonsaanti ennen leikkausta olisi ollut tärkeää, 3. Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liian vähän, 4. Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta riittävästi ja 5. Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liikaa. Osa vastaajista (9, 19 %) jätti kokonaan vastaamatta kyseiseen osioon, kuitenkin suurin osa (38, 81 %) vastasi.

Seuraavissa kuvioissa vihreä väri edustaa vastauksia, joiden mukaan tietoa ennen leikkausta saatiin riittävästi, värit keltainen ja punainen edustavat vastauksia joiden mukaan tietoa ei saatu tai sitä saatiin liian vähän. Sininen puolestaan edustaa vastauksia, joiden mukaan tietoa ei saatu, eikä tiedon saanti kuntoutumisen kannalta olisi ollut tärkeää. Ruskea väri edustaa vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liikaa.

”Sain tietoa riittävästi”-vastauksia oli eniten, yhteensä 733 (76 %) vastausta kaikista vastauksista (961). Vastauksia, joiden mukaan tietoa ei saatu, eikä se kuntoutumisen kannalta olisi ollut tärkeää, oli 71 (7 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa ei saatu, mutta tiedon saanti olisi ollut tärkeää ja vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin kuntoutumisen kannalta liian vähän, oli yhtä paljon (75, 8 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liikaa, oli vähiten (7, 1 %). (Kuvio 9)

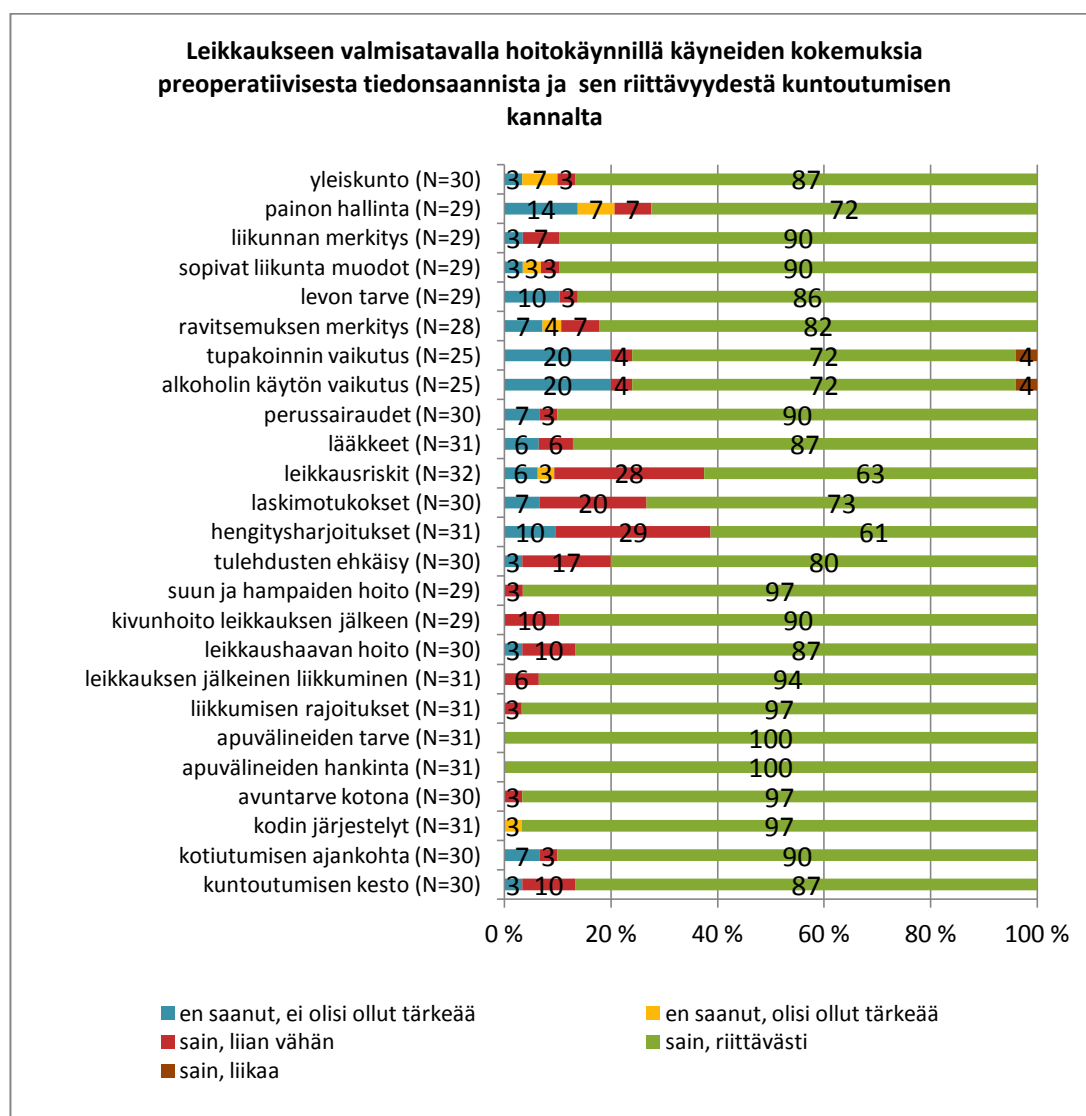


Kuvio 9. Preoperatiivisen tiedon saanti ja riittävyys kuntoutumisen kannalta

6.7.1 Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden vastaajien kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä

Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneitä vastaajia oli 33. (Taulukko 5) Heistä suurin osa koki saaneensa enne leikkausta tietoa riittävästi jokaiselta ohjauksen ja neuvonnan osa-alueelta. Eniten vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liian

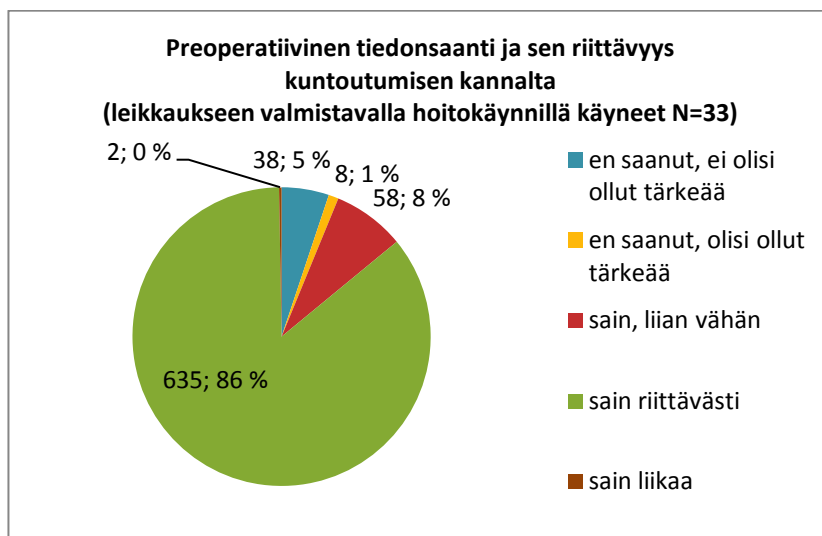
vähän, oli leikkausriskien, laskimotukosten, hengitysharjoitusten ja tulehdusten ehkäisyn osa-alueilta. Osa-alueita, joista osa vastaajista koki, ettei saanut tietoa, mutta tiedon saanti olisi ollut tärkeää, olivat yleiskunto, painon hallinta, sopivat liikunta- muodot, ravitsemuksen merkitys ja kodin järjestelyt. Tupakoinnin vaikutuksista ja alkoholinkäytön vaikutuksista kuntoutumiseen kysyttäessä yhteensä 6 (24 %) vastaajaa oli sitä mieltä, että tietoa kyseisistä asioista ei saatu, eikä tiedon saanti olisi ollut kuntoutumisen kannalta tärkeää tai että tietoa saatiin liikaa. (Kuvio 10)



Kuvio 10. Hoitokäynnillä käyneiden vastaajien kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä kuntoutumisen kannalta

Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden vastauksista suurin osa (635, 86 %) oli ”sain tietoa riittävästi”-vastauksia. Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liian vähän, tai tietoa ei saatu ja se kuntoutumisen kannalta olisi ollut tärkeää, oli yh-

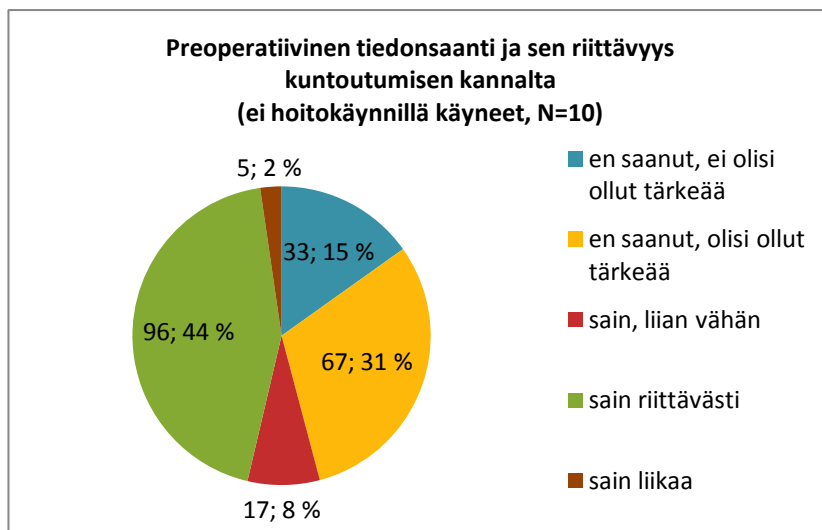
teensä 66 (9 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liikaa, oli vähiten (2, 0 %). (Kuvio 11)



Kuvio 11. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden kokemukset preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä kuntoutumisen kannalta

6.7.2 Vastaajien, jotka eivät käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä

Vastaajien, jotka eivät käyneet preoperatiivisella hoitokäynnillä, preoperatiivista tiedonsaantia ja sen riittävyttä koskevista vastauksista suurin osa (96, 44 %) oli ”Sain tietoa riittävästi”-vastauksia. Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liian vähän tai tietoa ei saatu, mutta tiedonsaanti olisi ollut tärkeää, oli yhteensä 84 (39 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa ei saatu, eikä se kuntoutumisen kannalta olisi ollut tärkeää, oli 33 (15 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin liikaa, oli vähiten (5, 2 %). (Kuvio 12)



Kuvio 12. Vastaajien, jotka eivät käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, kokemukset preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävydestä kuntoutumisen kannalta

6.8 Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden ajatuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys. Kysymyksellä pyrittiin selvittämään vastaajien ajatuksia siitä, kuinka preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa voitaisiin kehittää. Kysymykseen vastasi 22 vastaajaa 47 vastaajasta, eli 47 %.

Vastauksista yhdeksän liittyi varsinaisesti kysyttyyn kysymykseen. Kysymykseen vastanneista vastaajista neljä oli sitä mieltä että ohjaus ja neuvonta olivat olleet riittäviä eikä kehittämistarpeita ollut.

”Porin kaupunginsairaalassa neuvonta oli kiitettävällä tasolla.”(36)

Vastauksia, joiden mukaan preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa ilmeni kehittämistarpeita, oli 5. Vastauksissa ilmeni kaksi yhtenäistä teemaa; informaation määrä sekä laatu ja kuntoutuksen merkitys. Kolmen vastaajan mielestä informaatioon pitäisi panostaa enemmän.

”Sain paljon kaikenlaista monistetta, suullista opastusta saisi olla enemmän.”(23)

Kahden vastaajan mielestä kuntoutuksen merkityksestä olisi hyvä puhua enemmän.

”Selitettäisiin alkukuntoutuksesta tarpeeksi, jumpan tarpeesta ennen ja jälkeen leikkauksen.”(30)

Yhden vastaajan vastauksessa ilmeni sekä informoinnin että kuntoutuksen teemat.

”Pitäisi korostaa, että lääkärin ohjeita kuntoutumisen aikana pitää noudattaa todella tarkasti.”(38)

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksella mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Käytännössä se tarkoittaa sitä ovatko tutkimuksen teoreettiset käsitteet pystytty operationalisoimaan muuttujiksi. Operationalisointi tarkoittaa teoreettisten käsitteiden muuttamista mitattavaan muotoon. Tutkimuksen ulkoisella validiteetilla tarkastellaan sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkoiseen perusjoukkoon. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Mittaamisen reliabiliteetti tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152) Reliabi-

liteetti ilmaisee siis sen, miten luotettavasti ja toistettavasti käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä. (Tilastokeskuksen www-sivut 2013)

Tämän tutkimuksen validiteettia, eli se tutkittiinko tutkimuksella juuri sitä mitä oli tarkoituskin tutkia, voidaan arvioida tutkimalla tutkimukseen käytettyä mittaria. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset laadittiin tämän tutkimuksen keskeisten käsitteiden pohjalta. Keskeisiä käsitteitä olivat elektiivinen lonkkaleikkaus, preoperatiivinen hoito, sekä ohjaus ja neuvonta. Kysymykset muotoiltiin niin, että ne vastaisivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin, joita tutkimuksella oli tarkoitus selvittää. Kysymykset pyrittiin muotoilemaan niin, että vastaaminen niihin olisi mahdollisimman helppoa, eivätkä kysymykset olisi harhaanjohtavia. Kyselylomake saattoi olla vastaajien mielestä liian pitkä, sillä vastausprosentti heikkeni lomakkeen loppua kohti, tämä heikentää mittarin luotettavuutta. Kyselylomakkeen pitkä pituus selittyy kuitenkin ensisijaisesti sillä, että kyselylomakkeeseen valittiin suuri fonttikoko, jotta tekstin lukeminen olisi helppoa. Kyselylomakkeen kysymysten määrä ja sisältö lienee ollut sopiva suhteessa opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen tavoite oli tutkia elektiivisten lonkkaleikkausten preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa Porin kaupunginsairaalassa. Tutkimus oli siis hyvin tarkkaan rajattu. Kyselylomake lähetettiin potilaiden kotiin, lomakkeen mukana oli saatekirje. Saatekirjeessä, sekä kyselylomakkeessa korostettiin sitä, että tutkimuksen tavoite on tutkia nimenomaan enne leikkausta tapahtuvaa ohjausta ja neuvontaa. Tutkimuksen luotettavuutta kuitenkin heikentää se, että vaikka asiaa korostettiin voi vastaajan olla vaikea muistaa mitä ohjausta ja neuvontaa hän sai ennen leikkausta ja mitä vasta leikkauksen jälkeen. Mittari esiteltiin kahdella tutkimuksen otokseen kuuluvalla henkilöllä, kyselylomakkeeseen ei tullut muutoksia, tämä puolestaan lisäsi mittarin luotettavuutta. Mittarin luotettavuutta heikensi varmasti mittarin laatijan kokemattomuus mittareiden laatimisessa. Mielestäni kyselylomakkeen laadinnassa onnistuttiin kuitenkin kaiken kaikkiaan hyvin.

Tämän tutkimuksen otokseksi valikoitui Porin kaupunginsairaalassa tammikuun 2010 - tammikuun 2013 aikana elektiivisessä lonkkaleikkauksessa käyneet potilaat, otosta edusti 59 henkilöä. Tämä kolmen vuoden aikaraja valikoitui sillä perusteella, että Porin kaupunginsairaalassa on kiinnitetty elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden

preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan huomiota enenevissä määrin kyseisenä aikana. Varsinainen preoperatiivinen leikkaukseen valmistava hoitokäynti otettiin käyttöön vuoden 2011 puolivälin paikkeilla. Otoksen koko oli riittävän suuri, kyseistä tutkimusta varten. Kyselylomake lähetettiin 59 henkilölle, 47 lomaketta saatiin takaisin, näin vastausprosentiksi muodostui 80 %. Vastausprosentti siis oli kiitettävä, tämä lisää osaltaan tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen ulkoista validiteettia tarkasteltaessa voidaan huomata, että tutkimustulokset voidaan melko hyvin yleistää perusjoukkoon, eli Porin kaupunginsairaalassa elektiivisessä lonkkaleikkauksessa olleisiin potilaisiin 2010 - 2013 välisenä aikana. Koska tutkimus rajattiin niin, että potilasjoukko jota haluttiin tutkia, valikoitui vain yhdestä sairaalasta, ei tuloksia voida yleistää muihin sairaaloihin. Rajausta tehtiin kyseisellä tavalla, jotta tutkimuksesta ei tulisi liian laaja käytettäviin resursseihin nähden. Tätä tutkimusta varten laadittua kyselylomaketta voitaisiin kuitenkin hyvin käyttää sellaisenaan muidenkin sairaaloiden elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan tutkimiseen. Jos tutkimusta laajennettaisiin, paranisi myös tutkimuksen ulkoinen validiteetti.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Suomessa on sitouduttu turvaamaan tutkimuksen eettisyys Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti. Julistus on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus. Helsingin julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopii hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaavat myös kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet. Näistä keskeisimpiä ovat muun muassa laki lääketieteellisestä tutkimuksesta, asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta, henkilötietolaki, laki ja asetus terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä ja potilasvahinkolaki. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173 - 175)

Tässä tutkimuksessa on pyritty noudattamaan hyvää tutkimusetiikkaa noudattamalla edellä mainittuja säädöksiä. Tutkimukseen osallistuneiden intymiteettisuoja on huomioitu jokaisessa tutkimuksen vaiheessa. Kyselylomakkeen ohessa olleella saatekirjeellä kerrottiin vastaajille, että tutkimukseen vastaaminen on täysin vapaaehtoista, ja että he saavat vastata lomakkeeseen nimettömänä ja että heidän nimensä ei missään vaiheessa tutkimusta tule julki ulkopuolisille (Liite 2). Lomakkeet käsiteltiin tutkimuksen ajan asianmukaisesti niin, etteivät ne ole joutuneet ulkopuolisten käsiin. Tutkimuksen valmistuttua lomakkeet hävitetään asianmukaisesti.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

8.1 Otoksen kuvaus ja edustavuus

Tähän tutkimukseen vastanneista suurin osa (33, 67 %), oli naisia. Vastaajista lähes puolet (22, 47 %) oli 71 - 80 -vuotiaita. Alle 60 -vuotiaita oli yhteensä vain 3. Vastaajat olivat keski-ikältään siis melko iäkkäitä noin 73 -vuotiaita. Vuonna 2011 primaari lonkkaproteesileikkaus tehtiin Suomessa 7923 potilaalle, heistä 58 prosenttia oli naisia. Lähes puolet lonkkaleikkauksista tehtiin yli 70 -vuotiaille. (Lonkka- ja polviproteesit 2011, 2) Tämän tutkimuksen otos siis vastaa ikä- ja sukupuolijakaumien osalta hyvin Suomessa tehtävien lonkkaleikkauspotilaiden ikä- ja sukupuolijakaumia. Se, että lonkkaleikkauspotilaista suurin osa on naisia, selittyy sillä, että lonkkaleikkauspotilaat ovat keski-ikältään iäkkäitä, yli 70 -vuotiaita, ja että tilastojen mukaan naisten elinajanodote on miehiä pidempi. Naisten elinajanodote vuonna 2011 oli 83,5 vuotta, miesten oli 77,2 vuotta. Vuonna 2011 100 vuotta täyttäneitä oli 664, joista 87 oli miehiä ja 577 oli naisia. (Suomi lukuina 2012, 3-6)

Tutkimuksella haluttiin selvittää millaisia potilaat olivat fyysiseltä toimintakyvyltään ennen leikkausta. Suurimmalle osalle vastaajista (34, 76 %) oli ennen lonkkaleikkausta tehty muita leikkauksia. Vastaajista 24 %:lla (11) oli kotiapuja käytössä ennen lonkkaleikkausta, suurimmalla osalla (34, 76 %) ei. Tämän tutkimuksen mukaan siis elektiiviseen lonkkaleikkaukseen tulevista potilaista suurin osa on toimintakyvyltään omatoimisia ennen leikkausta. Tekonivelleikkaus tehdään tyypillisesti potilaalle, jonka toimintakykyä nivelsairaus ja siihen liittyvä kipu rajoittavat merkittävästi. Tekonivelleikkauksella saadaan aikaan merkittävä parannus potilaan tilassa leikkausta edeltävään tilaan verrattuna. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005)

8.2 Sairaalassaoloaika

Keskimääräinen sairaalassaoloaika tämän tutkimuksen vastaajien kesken oli 10 vuorokautta. Keskimääräinen lonkkaleikkauspotilaiden hoitoaika Suomessa vuonna 2011 oli 4,7 vuorokautta (Lonkka- ja polviproteesit 2011, 2). Tämän tutkimuksen mukaan keskimääräinen hoitoaika Porin kaupunginsairaalassa on siis 5,3 vuorokautta pidempi kuin keskimääräinen hoitoaika Suomessa yleensä. Sairalahoitjakson pituus aiheuttaa merkittävän osan tekonivelleikkauksen kustannuksista, toisin kuin esimerkiksi proteesikustannuksiin, hoitjakson pituuteen voidaan vaikuttaa. Hoitjakson lyhentäminen pitää kuitenkin tehdä lisäämättä komplikaatioriskiä. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005)

8.3 Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalassa

Tutkimuksella haluttiin selvittää, millaisia kokemuksia elektiivisillä lonkkaleikkauspotilailla on preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta Porin kaupunginsairaalas-

sa. Yhtenä osa-alueena haluttiin tarkastella sitä, miten potilaat kokivat, että heidän yksilölliset tarpeensa preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin. Suurin osa vastaajista kertoi, että heidän yksilölliset tarpeensa ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin. Kolmasosan mielestä yksilölliset tarpeet huomioitiin osittain, pieni osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei yksilöllisiä tarpeita huomioitu. Tutkimustulosten mukaan yksilölliset tarpeet huomioitiin ohjauksessa ja neuvonnassa Porin kaupunginsairaalassa vastaajien mielestä kaiken kaikkiaan siis melko hyvin, mutta kehitettävääkin yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa olisi.

Tutkimuksella haluttiin kartoittaa myös potilaiden kokemuksia siitä, vaikuttiko potilaan mahdollinen aikaisempi lonkkaleikkauskokemus potilaan ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen. Tähän kysymykseen vastanneista suurin osa koki tarvitsevansa ohjausta ja neuvontaa vähemmän jälkimmäisen leikkauksen kohdalla. Tästä voidaan siis päätellä, että potilaan aikaisempi kokemus lonkkaleikkauksesta vaikuttaa potilaan ohjauksen ja neuvonnan tarpeeseen vähentävästi. Vastaajia, jotka olivat lonkkaleikkauksessa toistamiseen, oli kahdeksan, koska vastaajia oli vähän, on johtopäätös suuntaa antava, ei luotettava.

Yhtenä osa-alueena haluttiin tarkastella potilaan kokemuksia preoperatiivisesta tiedonsaannista ja sen riittävyydestä kuntoutumisen kannalta. Vastauksia, joiden mukaan tietoa saatiin riittävästi, oli eniten (733, 76 %). Vastauksia, joiden mukaan tietoa kaivattiin enemmän, oli yhteensä 150 (16 %). Tämän tutkimuksen mukaan vastaajat siis kokivat yleisesti ottaen saaneensa ennen leikkausta tietoa riittävästi, mutta kaipasivat kuitenkin lisää tietoa joiltakin osa-alueilta, liikaa tietoa ei koettu saaneen lähes lainkaan.

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys. Kysymyksellä pyrittiin kartoittamaan vastaajien ajatuksia siitä, miten elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa voitaisiin kehittää. Vastaajista neljä kirjoitti kehitysehdotusten sijaan kokemuksistaan preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta. Näiden neljän vastaajan kokemukset preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvon-

nasta Porin kaupunginsairaalassa olivat varsin positiivisia. Heidän mukaansa ohjaus ja neuvonta Porin kaupunginsairaalassa on siis varsin hyvää.

”Porin kaupunginsairaalassa neuvonta oli kiitettävällä tasolla.”(36)

8.4 Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia leikkaukseen valmistavasta hoitokäynnistä Porin kaupunginsairaalassa

Leikkaukseen valmistavat hoitokäynnit aloitettiin Porin kaupunginsairaalassa vuoden 2011 puolivälin paikkeilla. Vastaajista suurin osa (33, 73 %) oli käynyt hoitokäynnillä, 12 (27 %) ei. Hoitokäynnillä käyneiltä kysyttiin, oliko hoitokäynnin ajankohta sopiva suhteessa leikkaukseen. Suurimman osan mielestä hoitokäynnin ajankohta oli sopiva. Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin ajankohta Porin kaupunginsairaalassa on siis tämän tutkimuksen mukaan sopiva suhteessa leikkaukseen.

8.5 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus

Tutkimuksella haluttiin selvittää, millaisia vaikutuksia leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä on. Tutkimuksella haluttiin selvittää vaikuttiko hoitokäynti potilaan sairaalassaoloaikaan ja siihen, miten potilas koki, että hänen yksilölliset tarpeensa huomioitiin preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa. Tutkimuksella selvitettiin myös sitä, vaikuttiko leikkaukseen valmistava hoitokäynti siihen, miten vastaajat kokivat saaneensa tietoa ennen leikkausta. Koska vastaajia, jotka kävivät leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, oli yli puolet vähemmän, kuin heitä, jotka hoitokäynnillä olivat käyneet, ovat seuraavat johtopäätökset suuntaa antavia.

8.5.1 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus sairaalassaoloaikaan

Tutkimustulosten mukaan niiden vastaajien, jotka kävivät hoitokäynnillä, keskimääräinen sairaalassaoloaika oli kaksi vuorokautta lyhyempi, kuin niiden, jotka hoitokäynnillä eivät olleet käyneet. Hoitokäynnillä käyminen vaikuttaa sairaalassaoloaikaan siis lyhentävästi. Kaksi vuorokautta lyhyempi hoitojakso on taloudellisesti hyvinkin merkittävä aika. Vuodeosastohoito Porin kaupunginsairaalassa maksaa kunnalle 363 €/vuorokausi/potilas, josta potilaan oma vastuu on 32,60 euroa. (Porin kaupungin www-sivut 2013) Tämän opinnäytetyön mukaan Porin kaupunki säästää siis keskimäärin 660,80 € yhtä potilasta kohden, joka on käynyt leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä. Laskelmassa ei ole huomioitu kustannuksia, jotka aiheutuvat elektiivisen lonkkaleikkauspotilaan leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin järjestämisestä.

8.5.2 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus potilaan kokemukseen yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta

Vastaajista, jotka olivat käyneet leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, suurin osa (22, 73 %) koki, että heidän yksilölliset tarpeensa preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin. Vastaava prosentti määrä niiden vastaajien joukossa, jotka eivät käyneet hoitokäynnillä, oli 44 (3). Tutkimustuloksista voidaan siis päätellä, että leikkaukseen valmistava hoitokäynti vaikuttaa myönteisesti potilaan kokemukseen yksilöllisten tarpeiden huomioimisesta.

8.5.3 Leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin vaikutus potilaan kokemukseen preoperatiivisesta ohjauksesta ja neuvonnasta

Leikkaukseen valmistava hoitokäynti vaikutti myönteisesti myös siihen, kokiko vastaaja saaneensa riittävästi tietoa ennen leikkausta. Hoitokäynnillä käyneistä vastaajista suurin osa koki saaneensa riittävästi tietoa jokaiselta preoperatiivisen tiedonsaannin osa-alueelta. Hoitokäynnillä käymättömiltä, vastauksia, joiden mukaan tietoa kaivattiin enemmän, tuli suhteessa huomattavasti enemmän, ja useammalta osa-alueelta, kuin heiltä, jotka hoitokäynnillä olivat käyneet. Tämän tutkimuksen mukaan leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä on siis ehdottoman positiivinen vaikutus potilaan kokemuksiin preoperatiivisesta ohjauksesta, neuvonnasta, sekä tiedonsaannista Porin kaupunginsairaalassa.

8.6 Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan kehittämistarpeet Porin kaupunginsairaalassa

Tutkimustulosten mukaan vastaajat ovat olleet kaiken kaikkiaan melko tyytyväisiä Porin kaupunginsairaalassa saamaansa preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaan, mutta kehittämistarpeitakin ilmeni. Yksi kehittämistarve elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden preoperatiivisessa ohjauksessa ja neuvonnassa Porin kaupunginsairaalassa, joka tässä tutkimuksessa ilmeni, oli yksilöllisten tarpeiden huomiointi. Se, että leikkaukseen valmistava hoitokäynti on otettu Porin kaupunginsairaalassa käyttöön, on vaikuttanut positiivisesti potilaiden kokemuksiin yksilöllisten tarpeiden huomiomisesta. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneistä vastaajista suurin osa (22, 73 %) oli sitä mieltä että yksilölliset tarpeet ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin.

Kaikki Porin kaupunginsairaalassa operoitavat, elektiiviseen lonkkaleikkaukseen tulevat potilaat, käyvät nykyään leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä, joitakin

poikkeuksia lukuun ottamatta. Tästä syystä tässä tutkimuksessa on järkevää keskittyä kehittämistarpeisiin, joita ilmeni leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneiden vastauksista. Preoperatiivista tiedonsaantia ja sen riittävyyttä kuntoutumisen kannalta tarkasteltaessa yli 60 % kyseisistä vastaajista koki saaneensa tietoa riittävästi jokaiselta tiedonsaannin osa-alueelta. Osa-alueet, joihin leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä käyneistä vastaajista melko suuri osa (17 - 31 %) koki saaneensa tietoa liian vähän, olivat leikkausriskit, laskimotukokset, hengitysharjoitukset ja tulehdusten ehkäisy. Näistä osa-alueista lieenee hyvä kertoa potilaille jatkossa enemmän. Osa-alueet, joista kohtalaisen suuri osa vastaajista (10 - 20 %) koki saaneensa tietoa liian vähän, tai eivät saneet, mutta olisivat pitäneet tiedonsaantia tärkeänä, olivat yleiskunnon merkitys, painon hallinta, ravitsemuksen merkitys, tulehdusten ehkäisy, kivunhoito leikkauksen jälkeen, leikkaushaavan hoito ja kuntoutumisen kesto. Myös näiden osa-alueiden informointiin tämän tutkimuksen mukaan voisi olla hyvä kiinnittää jatkossa enemmän huomiota.

Kyselylomakkeen viimeinen kysymys oli avoin kysymys. Kysymyksellä haluttiin kartoittaa vastaajien ajatuksia siitä, miten preoperatiivista ohjausta ja neuvontaa voitaisiin kehittää, jotta se tukisi leikkauksesta kuntoutumista mahdollisimman hyvin. Kehittämisehdotuksia tuli yhteensä viisi. Vastauksissa ilmeni kaksi yhtenäistä teemaa; informaation anto ja kuntoutuksen merkitys. Näiden vastausten mukaan informaation annon määrään ja laatuun tulisi kiinnittää enemmän huomiota, lisäksi kuntoutumisesta olisi hyvä kertoa enemmän.

Yhteenvetona voidaan tämän tutkimuksen mukaan todeta, että elektiiviset lonkka-leikkauspotilaat kokivat preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan Porin kaupungin-sairaalassa hyväksi, mutta kehittämistarpeitakin ilmeni. Tietoa koettiin saaneen pääosin riittävästi, mutta joiltakin osa-alueilta tietoa kaivattiin kuitenkin lisää. Vastavaanlaisia tuloksia sai myös Korhonen (2003), joka tutki opinnäytetyössään Satakunnan keskussairaalassa ja Rauman aluesairaalassa olleiden tekonivelleikattujen potilaiden preoperatiivista tiedonsaantia. Vaikka tietoa oli saatu vastaajien mukaan hyvin, he kokivat tarvitsevänsä silti lisää tietoa (Korhonen, 14, 23 - 25). Preoperatiivinen ohjaus ja neuvonta ovat parantuneet Porin kaupunginsairaalassa huomattavasti leikkaukseen valmistavan hoitokäynnin käyttöönoton myötä. Tutkimustulosten mukaan leikkaukseen valmistava hoitokäynti tuki potilaan tiedonsaantia ja näin samalla

kuntoutumista. Leikkaukseen valmistavalla hoitokäynnillä on tämän tutkimuksen mukaan myös hyvin suuri taloudellinen merkitys. Panostamalla elektiivisten lonkka-leikkauspotilaiden preoperatiiviseen ohjaukseen ja neuvontaa voidaan tehdä merkittäviä taloudellisia säästöjä.

8.7 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa tutkimus voitaisiin uusia laajemmassa mittakaavassa, näin tutkimuksen luotettavuus lisääntyisi. Tutkimusjoukkoon voitaisiin ottaa mukaan myös Satakunnan keskussairaalan elektiiviset lonkkaleikkauspotilaat, jotka siirtyvät Porin kaupungin-sairaalaan jatkokuntoutukseen. Tutkimustulosten mukaan vastaajat kokivat, ettei heidän henkilökohtaisiin tarpeisiinsa vastattu täysin, jatkossa voisi olla hyvä tutkia mitä nämä henkilökohtaiset tarpeet ovat. Lisäksi voisi olla hyvä kehittää kyselylomake apuvälineeksi preoperatiivista ohjausta antavien henkilöiden käyttöön. Kyselylomakkeen avulla he voisivat kartoittaa yhdessä potilaan kanssa potilaan preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan tarvetta. Kyseistä kyselylomaketta hyödyntäen potilaan yksilöllisiin tarpeisiin pystyttäisiin vastaamaan paremmin.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Eskola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, U. 2012. Kliininen hoitotyö. 1.p Helsinki: Sanoma Pro Oy

Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-6. p. Porvoo: WSOY

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen. 1.painos. Keuruu: Tammi.

Kankkunen, P & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. p. Helsinki: WSOY

Korhonen. M. 2003. Tekonivelleikatun potilaan preoperatiivinen tiedonsaanti. AMK-opinnäytetyö. Satakunnan ammattikorkeakoulu.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.p. Helsinki: WSOY.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 2 17.8.1992/785

Lehto, M., Jämsen, E. & Rissanen, E. 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia – varaosien avulla liikkujaksi. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. 8/2005, 893-901. Viitattu 25.3.2013. <http://www.duodecimlehti.fi>

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2007. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. p. Helsinki: WSOY

Nissi, T. 2012. Osastonhoitaja, Porin kaupunginsairaala, Kirurgian osasto. Pori. Henkilökohtainen tiedonanto 15.9.2012.

Pohjolainen, T. 2012. Lonkan nivelrikko. Viitattu 22.10.2012.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Porin kaupungin www-sivut. 2013. Viitattu 25.3.2013.
<http://www.pori.fi/perusturva/maksut.html>

Roberts, P., Alhava, E., Höckerstedt, K. & Leppäniemi, A. 2010. Kirurgia. 2., uudistettu painos Helsinki: Duodecim

Suomi lukuina 2012. 2012. Helsinki: Tilastokeskus.

Tilastokeskuksen www-sivut. 2013. Viitattu 7.3.2013. <http://www.stat.fi>

Tilastoraportti. Lonkka- ja polviproteesit 2011. 2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.3.2013.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104402/Tr09_13.pdf?sequence=1

Tilastoraportti. Lonkka- ja polviproteesit Suomessa 2009. 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 15.2.2013.
http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2011/Tr06_11.pdf

Vainikainen, T. 2010. Nivelkirja. Helsinki: WSOY.

LIITELUETTELO

LIITE 1 Tutkimuslupa

LIITE 2 Saatekirje

LIITE 3 Kyselylomake



PORIN KAUPUNKI

Perusturvakeskus / kuntoutus- ja sairaalapalvelut

vt johtava lääkäri

Tutkimuslupa

Päätöspöytäkirja

§ 8/2013

Päätöspvm

1.2.2013

ASIA: TUTKIMUSLUPA/Koski Katrianna

ESITYS: Sairaanhoitajaopiskelija, hoitotyön koulutusohjelma
SAMK/
Katrianna Koski hakee lupaa opinnäytetyöhön:

"Elektiivisten lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia preoperatiivisen ohjauksen ja neuvonnan vaikutuksista kuntoutumiseen"
ajalla 28.1-11.2.2013

Ohjaajana lehtori Meimi Lahti

PÄÄTÖS: Vt johtava lääkäri Anna-Liisa Koivisto myöntää em. opinnäytetyöhön luvan.

Valmis opinnäytetyö pyydetään lähettämään allekirjoittaneelle.

ALLEKIRJOITUS:


Anna-Liisa Koivisto 205
vt johtava lääkäri

TIEDOKSI: Katrianna Koski

LIITE: Oikaisuvaatimusohje

Arvoisa vastaaja

Opiskelen Porissa Satakunnan ammattikorkeakoulussa sairaanhoitajaksi. Opinnäytetyöni tarkoituksena on tutkia lonkkaleikkauspotilaiden kokemuksia ennen leikkausta annetusta ohjauksesta ja neuvonnasta.

Kysely on luottamuksellinen ja siihen vastataan nimettömänä, vastaajan henkilöllisyys ei missään vaiheessa tutkimusta tule julki.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta vastauksenne olisi kuitenkin erittäin arvokas. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa jonka avulla voidaan kehittää lonkkaleikkauspotilaiden ohjausta ja neuvontaa.

Pyydän kohteliaimmin, että vastaisitte oheiseen kyselylomakkeeseen ja postittaisitte sen 13.2.2013 mennessä oheisessa kirjekuoressa (postimaksu on maksettu). Mikäli teillä on kysyttävää kyselylomakkeesta, vastaan kysymyksiinne mielelläni puhelimitse (Katrianna Koski, puh. 044-5XXXXXX).

Kiitos vastauksestanne jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin Katrianna Koski

Arvoisa vastaaja

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin joko **rastittamalla** mielestänne sopivin vaihtoehto, tai **kirjoittamalla** vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Sukupuolenne

() mies

() nainen

2. Ikänne tällä hetkellä

() -50

() 51-60

() 61-70

() 71-80

() 80-

3. Kuinka paljon aikaa lonkkaleikkauksestanne on nyt?

() alle vuosi

() 1-2 vuotta

() yli 2 vuotta

4. Oliko teillä kotiapua käytössä ennen lonkkaleikkausta?

() ei

() kyllä, millaista kotiapua? _____

_____.

5. Oliko leikkaus teidän ensimmäinen lonkkaleikkauksenne?

() kyllä

() ei (mikäli laitoitte rastin tälle kohdalle, vastatkaa myös seuraavaan kysymykseen)

5.1 Vaikuttiko aikaisempi kokemuksenne lonkkaleikkauksesta siihen, kuinka paljon koitte tarvitsevanne ohjausta ja neuvontaa ennen leikkausta?

() ei vaikuttanut, koin tarvitsevani ohjausta ja neuvontaa yhtä paljon molempien leikkausten kohdalla

() kyllä vaikutti, koin tarvitsevani ohjausta ja neuvontaa enemmän jälkimmäisen leikkauksen kohdalla

() kyllä vaikutti, koin tarvitsevani ohjausta ja neuvontaa vähemmän jälkimmäisen leikkauksen kohdalla

6. Oliko teille tehty aikaisemmin muita leikkauksia?

() ei

() kyllä

7. Saavuitteko osastolle leikkauspäivää edeltävänä päivänä vai leikkauspäivän aamuna?

() leikkauspäivän aamuna

() leikkauspäivää edeltävänä päivänä

8. Montako vuorokautta olitte sairaalassa leikkauksen jälkeen? (leikkauspäivä ja kotiutuspäivä mukaan lukien)

Olin sairaalassa _____ vuorokautta.

9. Kävittekö leikkaukseen valmistavalla esikäynnillä sairaanhoitajan ja fysioterapeutin luona?

() en

() kyllä, kävin noin _____ viikkoa ennen leikkausta leikkaukseen valmistavalla esikäynnillä. (mikäli laitoitte rastin tälle kohdalle, vastatkaa myös seuraavaan kysymykseen)

10. Oliko leikkaukseen valmistavan esikäynnin ajankohta mielestänne sopiva leikkauksen ajankohtaan nähden?

() kyllä

() ei, valmistava esikäynti oli mielestäni liian aikaisin

() ei, valmistava esikäynti oli mielestäni liian myöhään

11. Huomioitiinko ennen leikkausta tapahtuvassa ohjauksessa ja neuvonnassa teidän yksilölliset tarpeenne?

() ei huomioitu

() kyllä, yksilölliset tarpeeni ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin osittain

() kyllä, yksilölliset tarpeeni ohjauksessa ja neuvonnassa huomioitiin täysin

Vastatkaa alla olevaan ruudukkoon laittamalla **yksi** rasti jokaiselle vaakariville mielestänne parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalle

Saitteko ennen leikkausta tietoa:	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon-saanti ennen leikkausta ei olisi ollut tärkeää	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon-saanti ennen leikkausta olisi ollut tärkeää	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liian vähän	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta riittävästi	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liikaa
Yleiskunnon ylläpidosta tai kohottamisesta					
Painon hallinnasta					
Liikunnan merkityksestä					
Sopivista liikunta-muodoista					
Levon tarpeesta					
Hyvän ravitsemuksen merkityksestä					
Tupakoinnin vaikutuksista					
Alkoholin käytön vaikutuksista					

Saitteko ennen leikkausta tietoa:	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon saanti ennen leikkausta ei olisi ollut tärkeää	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon saanti ennen leikkausta olisi ollut tärkeää	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liian vähän	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta riittävästi	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liikaa
Perussairauksien hyvän tasapainon tärkeydestä					
Käyttämistänne lääkkeitä					
Mahdollisista leikkauksiriskeistä					
Laskimotukoksien ehkäisystä					
Hengitysharjoituksista					
Tulehdusten ehkäisystä ja hoidosta					
Suun ja hampaiden hoidosta					
Leikkauksen jälkeisestä kivunhoidosta					
Leikkaushaavan hoidosta					

Saitteko ennen leikkausta tietoa:	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon saanti ennen leikkausta ei olisi ollut tärkeää	En saanut tietoa, kuntoutumisen kannalta tiedon saanti ennen leikkausta olisi ollut tärkeää	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liian vähän	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta riittävästi	Sain tietoa ennen leikkausta kuntoutumisen kannalta liikaa
Leikkauksen jälkeisestä liikkumisesta					
Liikkumisen rajoituksista					
Apuvälineiden tarpeesta leikkauksen jälkeen					
Apuvälineiden hankinnasta					
Avuntarpeesta kotona leikkauksen jälkeen					
Kodin järjestelyistä (kuten mattojen siirtäminen syrjään)					
Kotiutumisen ajankohdasta					
Kuntoutumisen kestosta					
Miten ennen leikkausta annettavaa ohjausta ja neuvontaa voitaisiin mielestänne kehittää, jotta se tukisi leikkauksesta kuntoutumista mahdollisimman hyvin?					

Kiitos vastauksestanne!